



3 1761 11701559 4





Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117015594>



CA1  
YC26  
- S57

32  
Government  
Publications



Second Session  
Fortieth Parliament, 2009

## SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,  
Science and Technology*

*Proceedings of the Subcommittee on*

# Population Health

*Chair:*

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, February 25, 2009  
Thursday, February 26, 2009  
Thursday, March 5, 2009

### Issue No. 1

**Organizational meeting  
and**

#### **First and second meetings on:**

The impact of the multiple factors and conditions  
that contribute to the health of Canada's populations —  
known collectively as the determinants of health

**WITNESSES:**  
*(See back cover)*



Deuxième session de la  
quarantième législature, 2009

## SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,  
des sciences et de la technologie*

*Délibérations du Sous-comité sur la*

# Santé des populations

*Président :*

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 25 février 2009  
Le jeudi 26 février 2009  
Le jeudi 5 mars 2009

### Fascicule n° 1

**Réunion d'organisation  
et**

#### **Première et deuxième réunions concernant :**

Les divers facteurs et situations qui contribuent  
à la santé de la population canadienne,  
appelés collectivement les déterminants de la santé

**TÉMOINS :**  
*(Voir à l'endos)*

**THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH**

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*  
The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck  
Champagne, P.C.  
Cook

Eaton  
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

*Changes in membership of the subcommittee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the subcommittee was amended as follows:

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., replaced the Honourable Senator Eggleton, P.C., (*March 9, 2009*).

The Honourable Senator Eggleton, P.C., replaced the Honourable Senator Fairbairn, P.C., (*March 5, 2009*).

**LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS**

*Président : L'honorable Wilbert J. Keon*  
*Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin*  
et

*Les honorables sénateurs :*

Callbeck  
Champagne, C.P.  
Cook

Eaton  
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du sous-comité :*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Eggleton, C.P., (*le 9 mars 2009*).

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. (*le 5 mars 2009*).

**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, February 24, 2009:

The Honourable Senator Eggleton, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Fraser:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the committee; and

That the committee submit its final report no later than June 30, 2009, and that the committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

The question being put on the motion, it was adopted.

*Le greffier du Sénat*

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 24 février 2009 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Fraser,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé, entre autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concilier leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, February 25, 2009

(1)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 4:38 p.m., in room 705, Victoria Building, for the purpose of holding its organization meeting, pursuant to rule 88.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Cook, Eaton and Fairbairn, P.C.,(5).

*Other senators present:* The Honourable Senators Cordy, Dyck, Eggleton, P.C. and Martin (4).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

The clerk of the subcommittee presided over the election of the chair.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C. moved:

That the Honourable Senator Keon do take the chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The clerk informed the committee of the unavoidable absence of the chair and presided over the election of an acting chair.

The Honourable Senator Callbeck moved:

That the Honourable Senator Cook serve as acting chair.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Cook took the chair.

The Honourable Senator Callbeck moved:

That the Honourable Senator Pépin be deputy chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Callbeck moved:

That the chair, deputy chair and Senator Cook be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses, and to schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C. moved:

That the subcommittee print its proceedings; and

That the chair be authorized to set this number to meet demand.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C. moved:

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 25 février 2009

(1)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations tient aujourd'hui sa séance d'organisation, à 16 h 38, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, conformément à l'article 88 du Règlement.

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cook, Eaton et Fairbairn, C.P. (5).

*Autres sénateurs présents :* Les honorables sénateurs Cordy, Dyck, Eggleton, C.P. et Martin (4).

*Également présente :* Odette Madore, chef intérimaire, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

La greffière du sous-comité préside à l'élection à la présidence.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que l'honorable sénateur Keon assume la présidence du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La greffière avise le comité de l'absence inévitable du président et préside à l'élection d'un président intérimaire.

L'honorable sénateur Callbeck propose :

Que l'honorable sénateur Cook soit élue présidente intérimaire du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Cook occupe le fauteuil.

L'honorable sénateur Callbeck propose :

Que l'honorable sénateur Pépin soit élue vice-présidente du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Callbeck propose :

Que le président, la vice-présidente et le sénateur Cook soient autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

Que le sous-comité fasse imprimer ses délibérations; et

Que le président soit autorisé à déterminer le nombre d'exemplaires à imprimer pour répondre à la demande.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, C.P., propose :

That, pursuant to rule 89, the chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided that a member of the subcommittee from both the government and the opposition be present.

The question being put on the motion, it was adopted.

That the subcommittee ask the Library of Parliament to assign analysts to the subcommittee;

That the chair and deputy chair be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the subcommittee; and

That the chair, on behalf of the subcommittee, directs the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries, and draft reports.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Champagne, P.C. moved:

That, pursuant to section 7, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the chair, the deputy chair, and the clerk of the subcommittee; and

That, pursuant to section 8, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority for certifying accounts payable by the subcommittee be conferred individually on the chair, the deputy chair, and the clerk of the subcommittee; and

That, notwithstanding the foregoing, in cases related to consultants and personnel services, the authority to commit funds and certify accounts be conferred jointly on the chair and deputy chair.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Callbeck moved:

That the subcommittee empower the chair and deputy chair to designate, as required, one or more members of the subcommittee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn moved:

That the chair and deputy chair be authorized to:

1) determine whether any member of the subcommittee is on "official business" for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and

2) consider any member of the subcommittee to be on "official business" if that member is: (a) attending an event or meeting related to the work of the subcommittee; or (b) making a presentation related to the work of the subcommittee; and

That the chair and deputy chair report at the earliest opportunity any decisions taken with respect to the designation of members of the subcommittee travelling on subcommittee business.

Que, conformément à l'article 89 du Règlement, le président soit autorisé à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Que le sous-comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des analystes au sous-comité;

Que le président et la vice-présidente soient autorisés à faire appel aux services des experts-conseils dont le sous-comité peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

Que le président, au nom du sous-comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Champagne, C.P., propose :

Que, conformément à l'article 7, chapitre 3 :06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'engager les fonds du sous-comité soit accordée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité; et

Que, conformément à l'article 8, chapitre 3 :06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du sous-comité soit accordée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité; et

Que, nonobstant ce qui précède, lorsqu'il s'agit de services de consultation et de personnel, l'autorisation d'engager des fonds et d'approuver les comptes à payer soit accordée conjointement au président et à la vice-présidente.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Callbeck propose :

Que le sous-comité autorise le président et la vice-présidente à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du sous-comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn propose :

Que le président et la vice-présidente soient autorisés à :

déterminer si un membre du sous-comité remplit un « engagement officiel » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la Politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et

considérer qu'un membre du sous-comité remplit un « engagement officiel » si ce membre : a) assiste à une réception, à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du sous-comité; ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du sous-comité; et

Que le président et la vice-présidente fassent rapport à la première occasion de leurs décisions relatives aux membres qui voyagent pour les affaires du sous-comité.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Eaton moved:

That, pursuant to the Senate guidelines for witnesses expenses, the subcommittee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Champagne, P.C. moved:

That the chair and deputy chair be empowered to allow coverage by electronic media of the subcommittee's public proceedings with the least possible disruption of its hearings at its discretion.

The question being put on the motion, it was adopted.

The chair noted that the time slot for regular meetings were Wednesdays (4:00 — 6:00 p.m.) and Thursdays (10:45 a.m. to 12:30 p.m.).

The Honourable Senator Champagne, P.C., moved:

That each member of the committee be allowed to have staff persons present at in camera meetings, unless there is a decision for a particular meeting to exclude all staff.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 4:50 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, February 26, 2009

(2)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 10:45 a.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Cook, Eaton, Fairbairn, P.C. and Keon (6).

*Other senators present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Eaton propose :

Que, conformément aux lignes directrices concernant les frais de déplacement des témoins, le sous-comité rembourse les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement aura été présentée, mais que le président soit autorisé à permettre le remboursement de dépenses à un deuxième témoin de ce même organisme, en cas de circonstances exceptionnelles.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Champagne, C.P., propose :

Que le président et la vice-présidente soient autorisés à permettre la diffusion, à leur discrétion, des délibérations publiques du sous-comité par les médias d'information électroniques, de manière à déranger le moins possible ses travaux.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La présidence souligne que les séances régulières du sous-comité se tiendront les mercredis, de 16 h à 18 h, et les jeudis, de 10 h 45 à 12 h 30.

L'honorable sénateur Champagne, C.P., propose :

Que, à moins qu'il en soit ordonné autrement, chaque membre du sous-comité soit autorisé à être accompagné d'un membre de son personnel aux séances à huis clos.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 16 h 50, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 26 février 2009

(2)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cook, Eaton, Fairbairn, C.P. et Keon (6).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présente :* Odette Madore, chef intérimaire, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Services d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee began its examination on population health.

**WITNESSES:**

*The Sussex Circle:*

Jim Mitchell, Founding Partner.

*Institute for Research on Public Policy:*

Mel Cappe, President.

Mr. Mitchell and Mr. Cappe each made a statement and answered questions.

At 12:00 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Thursday, March 5, 2009

(3)

*[English]*

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 10:45 a.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Cook, Eaton, Eggleton, P.C., Fairbairn, P.C., Pépin and Keon (8).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, continued its examination on population health.

**WITNESSES:**

*University of Western Ontario:*

Neil Bradford, Associate Professor, Political Science, Huron University College.

*As an individual:*

Dr. Trevor Hancock, Health Promotion Consultant.

*Information Partnership:*

David Hay, Principal.

*Western Economic Diversification Canada:*

Michelle Neilly, Director General, BC Operations (by video conference).

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et délégué au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité entreprend son étude sur la santé des populations.

**TÉMOINS :**

*Cercle Sussex :*

Jim Mitchell, associé fondateur.

*Institut de recherche en politiques publiques :*

Mel Cappe, président.

MM. Mitchell et Cappe font chacun une déclaration, puis répondent aux questions.

À midi, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

OTTAWA, le jeudi 5 mars 2009

(3)

*[Traduction]*

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cook, Eaton, Eggleton, C.P., Fairbairn, C.P., Pépin et Keon (8).

*Également présente :* Odette Madore, chef intérimaire, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et délégué au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations.

**TÉMOINS :**

*Université de Western Ontario :*

Neil Bradford, professeur agrégé de sciences politiques, Collège universitaire Huron.

*À titre personnel :*

Dr Trevor Hancock, consultant en promotion de la santé.

*Information Partnership :*

David Hay, directeur.

*Diversification de l'économie de l'Ouest Canada :*

Michelle Neilly, directrice générale, Opérations C.-B. (par vidéo conférence).

*Vancouver Agreement:*

Christine Lattey, Executive Coordinator  
(by video conference).

Mr. Bradford, Dr. Hancock and Mr. Hay made presentations and responded to questions.

At 11:30 a.m., the subcommittee suspended its meeting.

At 11:32 a.m., the subcommittee resumed its meeting.

Ms. Neilly made a presentation, and, with Ms. Lattey, responded to questions.

At 12:10 p.m., the Honourable Senator Eggleton, P.C., replaced the Honourable Senator Fairbairn, P.C.

At 12:42 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:*

*La greffière du sous-comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Subcommittee*

*Accord de Vancouver :*

Christine Lattey, coordonnatrice exécutive  
(par vidéoconférence).

M. Bradford, Dr Hancock et M. Hay font chacun une déclaration, puis répondent aux questions.

À 11 h 30, la séance est interrompue.

À 11 h 32, la séance reprend.

Mme Neilly fait une déclaration puis, aidée de Mme Lattey, répond aux questions.

À 12 h 10, l'honorable sénateur Eggleton, C.P., remplace l'honorable sénateur Fairbairn, C.P.

À 12 h 42, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, February 25, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:48 p.m., pursuant to rule 88 of the *Rules of the Senate*, to organize the activities of the subcommittee.

**Barbara Reynolds, Clerk of the Committee:** Honourable senators, as clerk of your Subcommittee on Population Health, it is my duty to preside over the election of the chair. I am ready to receive motions to that effect.

**Senator Cook:** I nominate Senator Keon.

**Ms. Reynolds:** It is moved by the Honourable Senator Cook that the Honourable Senator Keon be the chair of this subcommittee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Ms. Reynolds:** Honourable senators, I will have the page distribute the agenda for the organization meeting. In the absence of your duly elected chair, I ask for nominations for an acting chair of the subcommittee.

**Senator Callbeck:** I nominate Senator Cook.

**Ms. Reynolds:** It is moved by the Honourable Senator Callbeck that the Honourable Senator Cook be the acting chair. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Ms. Reynolds:** Senator Cook, I invite you to serve as the acting chair.

**Senator Joan Cook (Acting Chair)** in the chair.

**The Acting Chair:** I invite nominations for deputy chair of the Subcommittee on Population Health.

**Senator Cordy:** I nominate Senator Pépin.

**The Acting Chair:** Senator Pépin has been nominated. Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** Honourable senators, in the next item I am asking for a motion that the chair, the deputy chair and I be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda and to invite witnesses and to schedule hearings in conformance with past practices.

**Senator Callbeck:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed, honourable senators?

**Senator Eggleton:** Is it Senators Keon, Pépin and Cook on the steering committee, the same as the last time?

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 25 février 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie tient aujourd'hui, à 16 h 48, conformément à l'article 88 du *Règlement du Sénat*, sa séance d'organisation.

**Barbara Reynolds, greffière du comité :** Mesdames et messieurs les sénateurs, en tant que greffière du Sous-comité sur la santé des populations, il est de mon devoir de présider à l'élection à la présidence. Je suis prête à recevoir les motions à cet effet.

**Le sénateur Cook :** Je propose le sénateur Keon.

**Mme Reynolds :** Il est proposé par l'honorable sénateur Cook que l'honorable sénateur Keon soit président du sous-comité. Consentez-vous, honorables sénateurs, à adopter cette motion?

**Des voix :** Oui.

**Mme Reynolds :** Mesdames et messieurs les sénateurs, je vais demander au page de distribuer l'ordre du jour de la réunion d'organisation. En l'absence de notre président dûment élu, il nous faut maintenant élire un président suppléant. Qui proposez-vous?

**Le sénateur Callbeck :** Je propose le sénateur Cook.

**Mme Reynolds :** Il est proposé par l'honorable sénateur Callbeck que l'honorable sénateur Cook soit notre présidente suppléante. Vous convient-il, honorables sénateurs, d'adopter cette motion?

**Des voix :** Oui.

**Mme Reynolds :** Sénateur Cook, je vous demande de bien vouloir présider la réunion.

**Le sénateur Joan Cook (présidente suppléante)** occupe le fauteuil.

**La présidente suppléante :** Je vous invite maintenant à présenter des motions pour désigner le vice-président du Sous-comité sur la santé des populations.

**Le sénateur Cordy :** Je propose le sénateur Pépin.

**La présidente suppléante :** Il est proposé de nommer le sénateur Pépin. Êtes-vous d'accord?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** Honorables sénateurs, il nous faut une motion pour que le président, la vice-présidente et moi-même soyons autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme, à inviter des témoins et à établir l'horaire des audiences, conformément aux pratiques établies.

**Le sénateur Callbeck :** Je le propose.

**La présidente suppléante :** Les honorables sénateurs acceptent-ils la motion?

**Le sénateur Eggleton :** Est-ce que les sénateurs Keon, Pépin et Cook sont membres du comité directeur, comme précédemment?

**The Acting Chair:** Yes. For the benefit of new senators, this is not a closed shop, but we are close to the end of our report and it would be a steep learning curve for a new senator on the steering committee.

The next item is a motion to print the proceedings of the subcommittee.

**Senator Fairbairn:** I so move.

**The Acting Chair:** The next motion is for authorization to hold meetings and to print evidence when quorum is not present.

Could I have a motion to that effect?

**Senator Eggleton:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** The next motion is that the committee ask the Library of Parliament to assign analysts to the subcommittee, that the chair and deputy chair be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the subcommittee, and that the chair, on behalf of the subcommittee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries and draft reports.

**Senator Fairbairn:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** Motion number 7 is authority to commit funds and certify accounts. We need a motion that, pursuant to section 7, chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the subcommittee.

**Senator Champagne:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** With regard to travel, I would invite someone to move that the subcommittee empower the chair and the deputy chair to designate as required — shall I dispense?

**Senator Callbeck:** Dispense. I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** The next motion is with regard to designation of members travelling on subcommittee business.

**La présidente suppléante :** Oui. Je précise à l'intention des nouveaux sénateurs qu'il ne s'agit pas d'un monopole d'embauche, mais nous sommes sur le point de terminer notre rapport, et si un nouveau sénateur devait se joindre au comité directeur il aurait vraiment beaucoup de travail à faire pour acquérir toutes les connaissances nécessaires.

Passons maintenant à la motion sur l'impression des délibérations du sous-comité.

**Le sénateur Fairbairn :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** La motion suivante a trait à l'autorisation de tenir des réunions et de faire imprimer les témoignages en l'absence de quorum.

Qui me propose une motion à cet effet?

**Le sénateur Eggleton :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** Honorables sénateurs, l'acceptez-vous?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** Dans la motion suivante, il est proposé que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des analystes au sous-comité, que le président et le vice-président soient autorisés à faire appel aux services d'experts-conseils dont le sous-comité peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux, et que la présidence, au nom du sous-comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

**Le sénateur Fairbairn :** Je propose la motion.

**La présidente suppléante :** Honorables sénateurs, l'acceptez-vous?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** La motion n° 7 porte autorisation d'engager des fonds et d'approuver les comptes à payer. Il me faut une motion voulant que, conformément à l'article 7, chapitre 3:06 du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'engager des fonds soit conférée individuellement au président, au vice-président et au greffier du sous-comité.

**Le sénateur Champagne :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** Honorables sénateurs, acceptez-vous la motion?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** Au sujet des déplacements, j'aimerais que quelqu'un propose que le sous-comité autorise le président et le vice-président à désigner, au besoin — dois-je continuer?

**Le sénateur Callbeck :** Ce n'est pas la peine. J'en fais la proposition.

**La présidente suppléante :** Sommes-nous d'accord?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** La motion suivante concerne la désignation des membres qui voyagent pour les affaires du sous-comité.

Will someone move this motion?

**Senator Fairbairn:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** Motion 10 is with regard to travelling and living expenses of witnesses.

Would someone move that motion?

**Senator Eaton:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** The next motion is with regard to electronic media coverage of public meetings.

**Senator Champagne:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Acting Chair:** Ms. Reynolds will tell us about the set time slots for meetings.

**Ms. Reynolds:** Honourable senators, you have the schedule. There will be a meeting tomorrow, Thursday, at 10:45 a.m., in this room. A notice has just gone out to that effect. The briefing materials and notes will be in your offices very soon.

**Senator Callbeck:** What witnesses will we have?

**Ms. Reynolds:** The witnesses tomorrow are on the whole of government approach to population health. We have Mel Cappe, the President of the Institute for Research on Public Policy, and Jim Mitchell, a founding partner of the Sussex Circle.

**The Acting Chair:** Under "other business", we have attendance of senators' staff at in camera meetings. The motion is that each committee member be allowed to have staff members present at in camera meetings unless there is a decision for a particular meeting to exclude all staff.

**Senator Champagne:** I so move.

**The Acting Chair:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Senator Champagne:** With regard to the schedule, I see that on Friday, March 27, there is a round table. At what time would such a meeting normally be held?

**The Acting Chair:** In the past, we normally met at 9:00 a.m. and finished by 3:15 p.m.

Quelqu'un peut-il la présenter?

**Le sénateur Fairbairn :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** L'acceptez-vous?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** La motion n° 10 a trait aux frais de déplacement des témoins.

Est-ce que quelqu'un peut la proposer?

**Le sénateur Eaton :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** Honorables sénateurs, en convenez-vous?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** La motion suivante se rapporte à la diffusion des délibérations publiques par médias d'information électronique.

**Le sénateur Champagne :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** L'acceptez-vous?

**Des voix :** Oui.

**La présidente suppléante :** Mme Reynolds doit nous communiquer l'horaire des réunions.

**Mme Reynolds :** Honorables sénateurs, vous avez reçu l'horaire. Une réunion est prévue pour demain, jeudi, à 10 h 45, ici même. Un avis vient de vous être envoyé à ce sujet. Les documents et notes d'information seront déposés dans vos bureaux sous peu.

**Le sénateur Callbeck :** Quels sont les témoins que nous accueillerons?

**Mme Reynolds :** Demain, les témoins doivent traiter de l'approche pangouvernementale en matière de santé des populations. Nous recevrons M. Mel Cappe, président de l'Institut de recherche en politiques publiques, et M. Jim Mitchell, un des membres fondateurs du Cercle Sussex.

**La présidente suppléante :** À la rubrique « Autres affaires », nous devons décider si les sénateurs peuvent se faire accompagner d'un collaborateur aux réunions à huis clos. La motion prévoit que chaque membre du comité pourra être accompagné de collaborateurs pendant les réunions à huis clos, à moins que le comité n'en décide autrement.

**Le sénateur Champagne :** Je la propose.

**La présidente suppléante :** Y consentez-vous?

**Des voix :** Oui.

**Le sénateur Champagne :** Au sujet de l'horaire, je constate que le vendredi 27 mars, nous tenons une table ronde. À quelle heure cette réunion doit-elle commencer?

**La présidente suppléante :** Par le passé, nos réunions commençaient généralement à 9 h pour finir à 15 h 15 au plus tard.

**Ms. Reynolds:** In this case, the proposal is for a round table between 9:00 a.m. to 1:00 p.m. At 1:00 p.m. to 2:00 p.m., we have two witnesses. The expectation is from 9:00 a.m. until 2:00 p.m. Because it is a meeting outside of your time slot, as your clerk I will need to go to your offices and ask for your participation.

We have to give a list with the names of the senators who have agreed to participate before the whips agree to give us that time slot. I will, with the concurrence of the committee, go back and check with each senator so we can then get the witnesses lined up for that meeting.

**The Acting Chair:** If I could speak to that for a moment, I would strongly recommend that the meeting be a part of our study, because that is when you hear the real crux of what we are about. A lot of learning takes place there. I know it is a bit of a bind for me as I have to stay in the capital all weekend because of flights or whatever, but one of our best meeting times is over lunch and just casual conversations.

**Senator Callbeck:** I thought that at one time we had been talking about Population Health going out west and visiting some Aboriginal communities.

**The Acting Chair:** I had a corridor conversation with Senator Keon last week. I have a full calendar for the month of May and before we prorogued, we had agreed that we would make one more trip to the First Nations people of British Columbia. We planned to visit the reserves and not stay in Vancouver. We would visit people where they live and see how they live, much in the vein as we did in Eskasoni in Cape Breton and the First Nations in Brantford. I cannot overemphasize the worth of those meetings. That is something we will discuss at the steering committee meeting, but Senator Keon said it would be sooner rather than later, if we did it.

Are there any other questions? If not, I adjourn the meeting.  
(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, February 26, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:45 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon (Chair) in the chair.**

[English]

**The Chair:** Honourable senators, we are delighted to have these two outstanding people here to talk to us about an all-of-government approach to population health.

**Mme Reynolds :** En l'occurrence, il est proposé de tenir la table ronde entre 9 heures et 13 heures. De 13 heures à 14 heures, nous entendrons deux témoins. En principe, tout cela devrait pouvoir se faire entre 9 heures et 14 heures. Comme cette réunion se tient en dehors de votre créneau habituel, j'ai, en tant que greffière, le devoir de me rendre à vos bureaux pour vous demander de bien vouloir y participer.

Nous devons produire une liste contenant les noms des sénateurs qui acceptent de participer à la rencontre pour que les whips consentent à nous accorder cette période. Avec l'accord du comité, je vais vérifier auprès de chacun des sénateurs, pour que nous puissions ensuite convoquer les témoins à cette réunion.

**La présidente suppléante :** J'aimerais commenter brièvement cette question. Je recommande fortement d'intégrer cette réunion à notre étude, car c'est là que tout se passe. Nous apprenons beaucoup dans le cadre de ces réunions. Je sais que cela représente une contrainte pour moi, qui dois rester dans la capitale pendant toute la fin de semaine en raison des horaires de vol, mais nos meilleures discussions ont souvent lieu à l'heure du déjeuner ou lors de rencontres fortuites.

**Le sénateur Callbeck :** Il me semblait que le sous-comité voulait se rendre dans l'Ouest pour visiter quelques collectivités autochtones.

**La présidente suppléante :** J'ai parlé avec le sénateur Keon, entre deux portes, la semaine dernière. Je n'ai plus de disponibilité au mois de mai. Avant la prorogation, nous avions convenu d'effectuer encore un déplacement pour visiter les membres des Premières nations de la Colombie-Britannique. Nous avions projeté de visiter les réserves sans nous arrêter à Vancouver. Nous voulions rencontrer ces populations là où elles vivent et voir comment elles vivent, un peu comme nous l'avons fait pour la bande d'Eskasoni, au cap Breton, et pour les Premières nations à Brantford. Je ne saurais trop insister sur la valeur de ces rencontres. Nous en discuterons lors de la réunion du comité directeur, mais le sénateur Keon a affirmé qu'il ne faudrait pas trop attendre si nous voulons effectuer ce déplacement.

Y a-t-il d'autres questions? Sinon, je lève la séance.  
(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 26 février 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations, du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, s'est réuni aujourd'hui à 10 h 45 pour étudier l'incidence des multiples facteurs qui influent sur la santé de la population canadienne et qu'on appelle aussi les déterminants sociaux de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.**

[Traduction]

**Le président :** Sénateurs, nous avons le plaisir aujourd'hui d'accueillir deux personnalités éminentes qui vont nous parler d'une approche pangouvernementale de la santé des populations.

Before our witnesses start, I am sure they are wondering what this study all about, although Mel Cappe has been involved at two levels: one at a round table and one at the session in Toronto when I asked for the business plan.

The reason for this initiative on population health is simple: We cannot afford the poor health we have in Canada. We rank about fifteenth to twentieth in the world in health status and well-being, and about fifteenth to twentieth in the world in productivity. However, we are one of the richest countries in the world, with one of the best-educated populations, and we should not have either of these situations occurring.

Fifty per cent of heart disease, stroke, major vascular disease, cancer and type 2 diabetes are totally preventable. They come from people exposing themselves to unhealthy environments. We must convince every level of government to join hands, come together and produce healthy communities. We must integrate these healthy communities into all levels of governance through the cities, towns, provinces and federal government, to convince people that they are responsible for their own health, and to convince all levels of government to show the way for people to develop healthy lifestyles.

Otherwise, our health care delivery system simply cannot cope. It cannot cope now and wait until the rubber hits the road with all the type 2 diabetes that is coming down the road.

With those remarks, Jim Mitchell will go first.

**Jim Mitchell, Founding Partner, The Sussex Circle:** Thank you for inviting me here this morning. The most important point in my brief statement to you this morning is to identify the areas where I have relevant expertise to offer the committee and also the areas where I am not an expert. I do not want to appear before you under false pretences.

As some of you may know, I spent over nine years of my career in the Machinery of Government Secretariat in the Privy Council Office. Since then, I have spent a good deal of time working as a consultant here in Ottawa on issues of government organization, among other things.

I therefore believe that I am reasonably well prepared to answer your questions on matters of government organization, the roles of cabinet committees and committees of deputy ministers, government decision making, generally, and the relationships among departments and agencies. On those sorts of things, please feel free to ask me any questions, and I will give you my best answer.

I wish to make clear that the one area where I am not an expert is population health per se. I do not wish senators to think that I am here as an expert in population health. I am not an expert in

Nos témoins se demandent certainement de quoi il s'agit vraiment, quoique Mel Cappe ait déjà participé à cet exercice à deux reprises : une fois à une table ronde, et une autre fois à une réunion à Toronto, où j'ai demandé un plan d'entreprise.

La raison pour laquelle nous avons entrepris cette étude sur la santé des populations est simple : la population canadienne n'est pas en bonne santé, et nous devons y remédier. Nous occupons entre le 15<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> rang au monde pour ce qui est du niveau de santé et de bien-être de la population, et avons le même classement en ce qui concerne la productivité. Or, nous sommes l'un des pays les plus riches au monde, avec une des populations les mieux instruites, et nous ne devrions donc pas afficher des résultats pareils.

Il est tout à fait possible de prévenir 50 p. 100 des maladies cardiaques, des AVC, des graves maladies vasculaires, des cancers et des diabètes de type 2, car ces maladies touchent des gens qui s'exposent à des environnements insalubres. Nous devons convaincre tous les paliers de gouvernement de se donner la main pour bâtir, tous ensemble, des communautés saines. La création de telles communautés doit faire partie intégrante de tous les programmes des villes, des municipalités, des provinces et du gouvernement fédéral. Nous devons convaincre les citoyens qu'ils sont eux-mêmes responsables de leur propre santé, et convaincre tous les paliers de gouvernement qu'ils ont la responsabilité de montrer aux gens comment adopter des habitudes plus saines.

Sinon, notre système de prestations de soins de santé ne suffira tout simplement pas à la tâche. Il est déjà saturé, alors imaginez ce qui va se produire quand tous les diabètes de type 2 qui se préparent vont se déclarer. .

Cela dit, je vais donner la parole à Jim Mitchell pour commencer.

**Jim Mitchell, associé fondateur, Le Cercle Susse :** Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. La question la plus importante que je tiens à mentionner a trait aux secteurs dans lesquels j'estime avoir une certaine expertise pertinente à offrir au comité, et ceux dans lesquels je n'en ai franchement aucune. Loin de moi l'idée de me faire passer pour ce que je ne suis pas.

Comme vous le savez peut-être, et j'ai passé plus de neuf ans de ma carrière à m'occuper des rouages du Secrétariat du Bureau du Conseil privé, je travaille maintenant depuis déjà plusieurs années comme consultant, ici, à Ottawa, à régler des questions d'organisation gouvernementale, entre autres.

Je me sens donc raisonnablement compétent pour répondre à vos questions à ce sujet, ainsi qu'au sujet du rôle des comités du Cabinet et des comités de sous-ministres, du processus décisionnaire au sein du gouvernement en général, et des rapports entre les ministères et les organismes ou agences. Dans ces domaines, vous pourrez me poser toutes les questions que vous voudrez, et je m'efforcerai de vous donner la meilleure réponse possible.

Je tiens à préciser que je n'ai aucune expertise dans le domaine de la santé des populations en tant que tel, ou concernant les mesures prises par des ordres de gouvernement, autres que le

how jurisdictions, other than the federal government, have organized themselves to deal with population health, although in preparation for this session, I have read up on what they are doing to be as well informed as possible about that subject. However, I do not want to appear to be an expert on those matters.

I am not an expert on federal-provincial relations, although I have my own views on what works and what does not work, in terms of managing issues with the provinces.

To be clear, I do not want to present myself as someone who can tell or inform you about what other jurisdictions have done in the areas in which you are interested, or what works and does not work in population health per se. I am not a medical doctor; I am a former official. Many other people can give you that expert advice.

Having said that, I want to make three broad points before I take your questions.

First, population health in all the dimensions in which the committee is examining the issue is clearly a matter of great importance to the government and to the people of Canada. The idea of taking a whole-of-government approach to this important set of issues makes good sense, not least because so many different jurisdictions and institutional actors are in play. The question with which you have been occupied, namely, the most appropriate mechanisms or tools through which to pursue this whole-of-government approach, is a good question.

Second, as members of the committee are aware, population health is but one of many lenses through which a government can look at the decisions that come before it. No matter how important this lens of population health is, I believe that any government — and any Prime Minister — must be careful not to try to refocus government decision-making around this one set of issues. To do so would impose too great a strain on the larger processes of government.

Third, I wish to inform the committee that with respect to the Machinery of Government, I am philosophically a conservative. By that, I mean “conservative,” not “Conservative.” It means I believe strongly in the importance of the Prime Minister’s authority to determine how his or her administration is organized to do its business; how it will make decisions; and how it will relate to other jurisdictions.

While it is entirely appropriate for the Senate or the house to express its views on anything and, certainly, on the utility of this or that mechanism, it is up to the Prime Minister to determine how things will be done inside the government.

Therefore, I would be cautious about any effort to impose on the Prime Minister of the day a particular mechanism or a specific machinery solution to the whole-of-government issues with which you are now concerned.

fédéral, pour régler les questions relatives à la santé des populations. Certes, pour me préparer à la réunion d’aujourd’hui, j’ai lu des documents sur ce qu’ils faisaient dans ce domaine, mais je ne voudrais surtout pas me faire passer pour un expert en la matière.

Je ne suis pas un expert non plus en relations fédérales provinciales, bien que j’aie des idées au sujet de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas dans la recherche de solutions avec les provinces.

Bref, je ne voudrais pas me présenter comme quelqu’un qui pourrait vous renseigner au sujet de ce que d’autres ordres de gouvernement ont fait, et de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas en ce qui concerne la population ou la santé publique. Je ne suis pas médecin, simplement ancien fonctionnaire. Il y a une foule d’autres personnes qui pourraient vous être utiles à cet égard.

Cela dit, permettez-moi de mentionner trois choses avant de répondre à vos questions.

La première est que la santé des populations, dans toutes les dimensions de la question à l’étude par le comité, est maintenant un problème de grande importance pour le gouvernement et la population du Canada. Et l’idée du gouvernement d’adopter une « approche pangouvernementale » vis-à-vis de ce problème complexe a bien du sens, vu, surtout, le grand nombre d’acteurs institutionnels en cause. La question dont le comité est saisi est de savoir quels mécanismes ou outils seraient les plus utiles pour concrétiser cette approche pangouvernementale. C’est là une excellente question.

La deuxième est que, comme les membres du comité le savent sûrement, la santé des populations n’est qu’une des lentilles à travers lesquelles le gouvernement peut étudier les enjeux. Et quelle que soit l’importance de cette lentille, je crois que tout gouvernement — tout premier ministre — se devrait d’être prudent afin de ne pas réorienter le processus décisionnel uniquement en fonction de ce seul ensemble de questions. Cela exerce trop de pressions sur les grands processus du gouvernement.

La troisième est simplement d’informer le comité que, en ce qui concerne les rouages du gouvernement, je suis un adepte du conservatisme philosophique. C’est-à-dire que je crois fortement en l’importance de l’autorité du premier ministre de déterminer la façon dont son administration gère ses affaires, prend des décisions et traite avec les autres ordres de gouvernement.

Bien qu’il soit tout à fait convenable pour le Sénat ou la Chambre d’exprimer leur point de vue au sujet de l’utilité de tel ou tel mécanisme, il revient réellement au premier ministre de déterminer comment procéder.

Ainsi, je ferai preuve de prudence avant d’imposer au premier ministre un mécanisme ou un rouage précis comme solution pangouvernementale, pour régler le problème particulier dont vous êtes saisis.

The key issue for Parliament, whether for the Senate or the House of Commons, is to identify the issues with which government should deal and the directions in which government ought to go. How these things are to be pursued in terms of the inner workings of government is, in my view, a matter for the Prime Minister of the day.

Those are the things I wanted to say in my opening statement, and I am happy to take questions at the appropriate time.

**The Chair:** We will now have a statement from Mr. Cappe. He currently is President of the Institute for Research on Public Policy, as stated on the agenda. Again, he has years and years of experience at virtually every level in the Government of Canada and in the bureaucracy of government, including Clerk of the Privy Council.

We value what you have to say about how we can wire the various components of this great Canadian mosaic together.

**Mel Cappe, President, Institute for Research on Public Policy:** It is a great pleasure to be here. As an official, I have always found it preferable to appear before the House of Commons because you can watch them argue from side to side. It was always more difficult to appear before the Senate where they dealt with more substance. As a citizen, it is much better to appear before the Senate and talk to substance.

This question is an important one for the future of the country. My last line will be, and my first line should be, to encourage the committee to take the question seriously and take on the challenge. It is crucial.

Chair, you started by saying that we cannot afford the poor health that we have. One way to capture the importance of that notion is to talk about the economic consequences of bad population health. We have not thought that part of it through yet. We talk about absenteeism and other elements, but those economic consequences are worth focusing on.

A couple of years ago, my predecessor, Hugh Segal, now Senator Segal, had started a process at the Institute for Research on Public Policy to look at what we called the “Canadian priorities agenda.” It was a view that governments did not have a strategic agenda. We said: What are the strategic issues facing the country? We published a book about that subject, entitled, *A Canadian Priorities Agenda: Policy Choices to Improve Economic and Social Well-Being*. Fundamentally, all roads lead to population health. Whether it is economic issues, income security issues or environmental issues, they all come back to population health.

Second, in the paper I saw, you raise the notion of whether, in a unitary state such as the United Kingdom, where I was Canadian High Commissioner for four years, it is easier to deal with population health. The answer is absolutely. The challenge

Le rôle le plus important pour le Parlement consiste à cerner les problèmes auxquels le gouvernement devrait s'attaquer et les solutions qui s'offrent à lui. L'approche à prendre, du moins pour ce qui est de l'organisation interne du gouvernement, est, à mon avis, une question qui relève du premier ministre en poste.

Voilà ce que je voulais vous dire en guise de déclaration liminaire. Je serai ravi de répondre aux questions en temps voulu.

**Le président :** Nous allons maintenant entendre M. Cappe, qui est actuellement président de l’Institut de recherche en politiques publiques, comme l’indique la convocation. Il a lui aussi acquis une solide expérience à pratiquement tous les niveaux du gouvernement du Canada et dans la bureaucratie, notamment au poste de greffier du Conseil privé.

Nous avons hâte de savoir comment vous allez nous proposer d’articuler les différentes composantes de cette grande mosaïque canadienne.

**Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques :** Je suis très heureux d'être ici. Quand j'étais fonctionnaire, je préferais toujours comparaître devant un comité de la Chambre des communes car c'était amusant de les voir se renvoyer la balle à droite et à gauche. Par contre, c'était toujours plus difficile de comparaître devant un comité du Sénat, car on y parlait plus de substance. Aujourd'hui que je suis un simple citoyen, je préfère nettement comparaître devant un comité du Sénat pour justement parler de substance.

La question dont vous êtes saisis est d'une grande importance pour l'avenir du pays. Je conclurai en vous disant, et je devrais aussi commencer par là, qu'il est essentiel que votre comité prenne la question très au sérieux et s'attaque vraiment au problème. C'est crucial.

Monsieur le président, vous avez commencé par dire que nous ne pouvions pas nous permettre d'avoir une population en aussi mauvaise santé. Pour bien saisir l'importance de ce problème, on devrait parler des conséquences économiques d'un tel état de choses, ce que l'on n'a pas vraiment fait jusqu'à présent. On a parlé d'absentéisme et d'autres phénomènes, mais il faudrait vraiment se pencher sur les conséquences économiques d'une telle situation.

Il y a quelques années, mon prédécesseur, Hugh Segal, aujourd’hui sénateur, avait entrepris, à l’Institut de recherche en politiques publiques, un processus de réflexion sur ce que nous appelions « l’agenda des priorités canadiennes ». D’aucuns disaient que les gouvernements n’avaient pas d’agenda stratégique. Nous nous étions donc demandé, à l’institut, quels étaient les enjeux stratégiques du pays. Nous avons publié un livre à ce sujet, intitulé *Programme de priorités pour le Canada*. En fait, qu’on parle d’économie, de sécurité du revenu ou d’environnement, on en revient toujours à la santé de la population.

Deuxièmement, dans le document qui a été préparé pour le comité, on pose la question de savoir si, dans un État unitaire comme le Royaume-Uni, où j’ai d’ailleurs été haut-commissaire du Canada pendant quatre ans, il est plus facile de s’attaquer à ce

of dealing with population health in a federal state is that much greater than it is in a unitary state. It does not mean it is done better in a unitary state, but it is easier to deal with. That is both our strength and our weakness.

Next, nothing in government is done unless it has an acronym. We do not have population health as an acronym yet, but we have WOG, the whole-of-government approach. It is reassuring that WOG is taking on some meaning, and we are dealing with a whole-of-government approach in Afghanistan. Perhaps your challenge in dealing with a whole-of-government approach to population health is a good thing.

*[Translation]*

Another question raised in your document deals with how to evaluate progress. I would advise you to be cautious if you go along that route.

*[English]*

You have to be careful of what you measure. My experience in the United Kingdom on this issue of health is that the U.K. tried to measure a lot of things. They ranked the hospitals in a league table, as they called it, from the best hospitals to the worst. They ranked them on 32 measures, one of which was the return of breast cancer and another was patient satisfaction with meals. The hospital administrators recognized that one of those measures was easy to deal with and the other one was hard to deal with. They dealt with the easy one, and patients in the U.K. loved their meals, but it does not mean that they had better health or, for that matter, even better health care. I would be cautious about what you measure.

In 1994-95, I was Deputy Minister of the Environment and chaired a task force of deputy ministers on horizontality. That is not about how we work in the prone position but how we work collaboratively. Collectively, we had 450 years of public service experience around the table and discovered the blindingly obvious: To make people work together, we have to align their objectives, reward good behaviour, punish bad behaviour and promote collective decision-making. A report was published by the task force but I do not commend it to senators because it is self-evident.

In background, the organic gram of government does not matter. Rather, it matters how people work together. They can shift the boxes around and change responsibilities but, at the end of the day, as Mr. Mitchell said, it is the prime minister's prerogative. The prime minister has only a few instruments to manage with, one being the organization of government. What counts is how the prime minister tasks ministers, and how they task their officials, to work together.

problème. Je réponds sans hésiter que oui, car il est beaucoup plus difficile de le faire dans un État fédéral. Cela ne signifie pas que les solutions trouvées sont meilleures, mais dans un État unitaire, il est plus facile de s'attaquer au problème. C'est à la fois la force et la faiblesse de notre système.

J'aimerais aussi vous faire remarquer que rien ne se fait au gouvernement s'il ne porte pas un acronyme. Nous n'en avons pas encore trouvé un pour la santé des populations, mais nous avons l'APG, l'approche pangouvernementale. C'est rassurant de voir que l'APG fait son chemin, et que nous avons une approche pangouvernementale pour l'Afghanistan. C'est sans doute une bonne chose d'avoir une approche pangouvernementale pour la santé des populations.

*[Français]*

Une autre question soulevée dans le document concerne la façon d'évaluer le progrès. Je vous encourage à être prudent si vous voulez aller de l'avant en ce sens.

*[Traduction]*

Il faut faire attention à ce qu'on mesure. Quand j'étais au Royaume-Uni, j'ai constaté que, dans le dossier de la santé, ce pays essayait de mesurer toutes sortes de choses. On y faisait le classement des hôpitaux, on parlait même de ligue, des meilleurs hôpitaux jusqu'aux pires. Ce classement était fondé sur 32 critères, notamment le taux de récidive du cancer du sein, et le niveau de satisfaction des malades vis-à-vis des repas servis dans l'hôpital. Les administrateurs des hôpitaux voyaient bien qu'une mesure était facile à quantifier, et pas l'autre. Ils se sont donc attaqués au problème le plus facile, et les malades britanniques ont dit qu'ils appréciaient la nourriture. Mais cela ne signifiait pas pour autant que ces malades étaient en meilleure santé ou, en l'occurrence, qu'ils recevaient de meilleurs soins. C'est pour cela qu'il faut faire attention à ce qu'on mesure.

En 1994-1995, j'étais sous-ministre de l'Environnement et je présidais un groupe de travail des sous-ministres sur l'horizontalité. Je ne parle pas de la position de tir couché, mais plutôt de la collaboration entre les ministères. Tous autour de la table, nous totalisions une expérience de 450 ans à la fonction publique, et nous avons découvert ce qui aurait dû nous crever les yeux dès le départ : pour que les gens travaillent ensemble, il faut harmoniser leurs objectifs, récompenser les bonnes actions, punir les mauvaises actions, et promouvoir la prise de décisions collectives. Le groupe de travail a publié un rapport que je ne vous recommande pas, car il ne vous apprendrait rien.

Au fond, ce qui est important, ce n'est pas l'organigramme du gouvernement, mais la façon dont les gens réussissent à travailler ensemble. On a beau déplacer les pions et modifier les responsabilités, au bout du compte, comme le disait M. Mitchell, c'est le premier ministre qui doit décider. Le premier ministre n'a qu'un nombre limité d'instruments à sa disposition, et l'organisation du gouvernement en est un. Ce qui compte, c'est la façon dont le premier ministre demande à ses ministres, et ces derniers à leurs fonctionnaires, de travailler ensemble.

The committee has some choices to address and I will list seven of them. First, you can politicize or depoliticize this issue. I am of the view that you can accomplish a great deal by stealth, and depoliticizing this issue is a way to proceed. Population health is not a partisan question. I am sure all parties are committed to it and, therefore, do not make it a political football.

Second, you can make this issue high profile or an issue that takes place under the radar. I have become a great advocate of staying under the radar. Again, you can do a lot by stealth. I remember that at Human Resources Development Canada, HRDC, we collocated our offices with the Alberta government. When it was made a political issue, it was difficult to accomplish and when it was not a political issue, officials got on with it and worked collaboratively with the province.

Third, you have a choice of centralizing or decentralizing the issue. I think that centralization is the proper way to approach this issue, although it requires political and bureaucratic leadership. Therefore, I lean towards centralization.

Fourth, you have a choice between soft instruments and hard instruments. Again, I would shy away from the hard instruments and focus on the soft leadership approach that will promote officials working collaboratively.

Fifth, you have a choice between institutionalizing population health or deinstitutionalizing population health. I think deinstitutionalizing is more important. Making it the responsibility of everyone runs the risk of it being no one's responsibility. At the end of the day, everyone must take responsibility for advancing the interest of population health. Having a department of population health allows the people at Environment Canada to say, that it is not my job. I do not think that is desirable.

Sixth, you have a choice of dealing with these issues from the top down and or from the bottom up. You raised that question with the document. Someone once said to me that the real choice is whether you go top-up or bottom-down. I think you go from the top. Whether you go up or down, you must start at the top. I fully agree with what Mr. Mitchell suggested: The prime minister must own this issue and the prime minister must charge ministers with making progress on it.

Seventh, you raised the question of a step-by-step approach or dramatic change. I would love to think we understand how to bring about dramatic change but I am confident we do not know. I would be in favour of slow progress, which is progress, nevertheless. We build on the shoulders of giants. If your report leads to significant but modest change in government, it will be a good thing. Then, your successors will continue in this vein and make more progress yet again.

Le comité a plusieurs choix à faire, et je vais vous en donner sept. Premièrement, vous pouvez politiser ou dépolitisier le dossier. J'estime pour ma part qu'on peut faire beaucoup de choses en coulisse, et que dépolitisier le dossier est une solution. La santé des populations n'est pas un enjeu partisan. Je suis sûr que tous les partis y croient vraiment et que cela ne donnera pas lieu à des joutes politiques.

Deuxièmement, vous pouvez donner une grande visibilité à ce dossier, ou bien jouer la carte de la discréetion. Je suis devenu un adepte de cette deuxième solution, car vous pouvez accomplir beaucoup de choses de cette façon. Et je me souviens quand j'étais à Développement des ressources humaines Canada, DRHC, nous avions des bureaux à côté de ceux du gouvernement de l'Alberta. Chaque fois qu'un dossier devenait politique, il était difficile de le mener à bien. Par contre, quand le dossier n'était pas politique, les fonctionnaires s'en occupaient et collaboraient avec la province.

Troisièmement, vous avez le choix entre centraliser ou décentraliser le dossier. À mon avis, la centralisation est la solution, mais il faut alors du leadership politique et bureaucratique. Je penche plutôt pour la centralisation.

Quatrièmement, vous pouvez utiliser la manière douce ou la manière forte. Là encore, j'estime qu'il vaut mieux éviter la manière forte et privilégier la manière douce, car c'est avec ce type de leadership qu'on peut encourager les gens à travailler ensemble.

Cinquièmement, vous pouvez institutionnaliser ou désinstitutionnaliser la santé des populations. À mon avis, il vaut mieux désinstitutionnaliser. Quand tout le monde est responsable, plus personne ne l'est vraiment. Au final, il faut bien que quelqu'un assume la responsabilité de promouvoir la santé des populations. Si l'on crée un ministère de la Santé des populations, les fonctionnaires d'Environnement Canada vont pouvoir dire que ce dossier ne les concerne plus. À mon avis, ce n'est pas souhaitable.

Sixièmement, vous pouvez adopter une approche descendante ou une approche ascendante. Il en est question dans le document. Quelqu'un m'a dit une fois que c'était plutôt un choix entre l'approche ascendante en partant du haut ou l'approche descendante en partant du bas. À mon avis, il faut partir du haut, que vous alliez ensuite en montant ou en descendant. Je suis tout à fait d'accord avec M. Mitchell lorsqu'il dit que le premier ministre doit avoir le contrôle du dossier et que c'est à lui de donner des consignes à ses ministres sur la façon de procéder.

Septièmement, comme l'indique le document, vous avez le choix entre une approche graduelle et un changement radical. J'aimerais bien pouvoir vous dire que nous savons comment faire pour opérer un changement radical, mais je suis convaincu que nous n'en savons rien. J'ai tendance à privilégier les progrès graduels, qui n'en sont pas moins des progrès. Nous sommes comme des nains juchés sur des épaules de géants. Si votre rapport aboutit à des changements importants, même modestes, au gouvernement, ce sera une bonne chose, car vos successeurs pourront reprendre le flambeau et poursuivre sur la lancée.

In conclusion, I would say that a cabinet committee would bureaucratize the process, and the bureaucrats would serve the committee rather than make progress on the substance. I am not in favour of that. As Mr. Mitchell suggested, the mandate of the prime minister is the most important instrument that you have.

As a deputy minister, I told my minister that something was not important and the minister reached in his jacket, pulled out the mandate letter from the Prime Minister and said, "Of course it is important; the Prime Minister told me it is important." Ministers take those mandate letters seriously, and it is desirable to use that instrument.

Committees of deputy ministers work but only if the clerk and the prime minister care. If the clerk and the prime minister task the committee deputies, they can make a great deal of progress in bringing together the various threads of government.

On the question of your health impact assessments and the spending reviews, I agree with Mr. Mitchell. You cannot say that population health is more important than foreign affairs — in a way, foreign affairs is everyone's responsibility, and more foreign affairs work is being done by the Department of Agriculture than by many other departments; or more important than climate change, another cross-country issue that has population health consequences; or more important than women's issues or human rights issues. All these issues cut across government and require a cost-cutting, whole-of-government approach. I suggest that population health is not different but neglected. You have to find a way of giving it attention without making it the number one issue.

Who leads is crucial. If the Privy Council Office does not bring departments together, it will not happen. Again, the prime minister or the clerk of the Privy Council Office must mandate that a meeting called by the Privy Council Office will be attended. A meeting called by the Deputy Minister of the Environment is attended at times and not at other times.

From Citizen Cappe's point of view, — I suggest that you keep your focus and keep it on effectiveness. No one disputes the importance of population health but no one has figured out how to make it real. Keep a focus on evidence-based policy. I am somewhat disconcerted by how many policy announcements are based on ideology and not on evidence from real research.

I would characterize your challenge as pulling on an elastic to move the government. However, if you pull too hard on that elastic, it will break and you will not move the government at all. The challenge for the committee is to pull it hard and far enough that you will move the government, but not so far that you are dismissible.

En conclusion, je voudrais dire qu'à mon avis, la création d'un comité du Cabinet ne ferait que bureaucratiser le processus, car les bureaucrates serviront le comité plutôt que de faire vraiment avancer le dossier. Je ne suis donc pas en faveur de cette option. Comme l'a dit M. Mitchell, le mandat du premier ministre est l'instrument le plus important que vous ayez à votre disposition.

Lorsque j'étais sous-ministre, j'ai dit un jour à mon ministre que quelque chose n'était pas important; il a alors sorti quelque chose de sa poche, une lettre de mandat du premier ministre, avant de me dire : « bien sûr que si que c'est important, car c'est ce que le premier ministre m'a dit ». Les ministres prennent ces lettres de mandat très au sérieux, et il est préférable d'utiliser cet instrument.

Les comités de sous-ministres fonctionnent uniquement si le greffier et le premier ministre s'intéressent à la question. Si le greffier et le premier ministre donnent un mandat aux membres du comité, ces derniers peuvent beaucoup contribuer à faire avancer le dossier dans le dédale bureaucratique.

En ce qui concerne les évaluations d'impact sur la santé et les examens des dépenses gouvernementales, je suis d'accord avec M. Mitchell. On ne peut pas dire que la santé des populations est plus importante que les affaires étrangères — d'une certaine façon, les affaires étrangères sont la responsabilité de chacun, et le ministère de l'Agriculture s'occupe plus d'affaires étrangères que beaucoup d'autres ministères; ni plus importante que le changement climatique, dossier pancanadien qui, lui aussi, a un impact sur la santé des populations; ni plus importante que les questions relatives à la condition féminine ou aux droits de la personne. Tous ces dossiers concernent l'ensemble des ministères et nécessitent une approche pangouvernementale. Il en va de même pour la santé des populations, sauf que ce dossier-là est négligé. Vous allez donc devoir trouver un moyen de lui donner une certaine visibilité, sans qu'il occupe pour autant le devant de la scène.

L'important est de savoir qui va piloter le dossier. C'est crucial. Si le Bureau du Conseil privé ne mobilise pas les ministères, le dossier n'avancera pas. Le premier ministre ou le greffier du Bureau du Conseil privé doit demander au Bureau du Conseil privé de convoquer une réunion à laquelle les gens seront obligés d'assister; si la réunion est convoquée par le sous-ministre de l'Environnement, les gens n'y vont pas forcément.

Si je mets ma casquette de citoyen, je vous conseille de viser avant tout l'efficacité et de ne jamais la perdre de vue. Personne ne conteste l'importance de la santé des populations, mais personne ne sait comment concrétiser la chose. Privilégiez les politiques concrètes et factuelles : je suis souvent étonné de voir combien d'énoncés de politiques sont basés sur l'idéologie et non sur des preuves découlant de recherches véritables.

Pour illustrer le défi qui se présente à vous, je dirais que c'est comme si vous utilisiez un élastique pour faire bouger le gouvernement. Si vous tirez trop fort sur l'élastique, il va se casser et vous n'aurez pas fait bouger le gouvernement d'un centimètre. Votre défi consiste donc à tirer suffisamment fort sur l'élastique pour faire bouger le gouvernement, mais pas trop pour ne pas vous faire envoyer promener.

Thank you for your time. I wish you courage.

**The Chair:** Before I open the discussion to honourable senators, I have a question for Mr. Cappe.

You attended a session at the Conference Board of Canada when they released the first draft of their report on the economic impact of improved population health or improved health in the workplace. They were kind enough to respond to my request and draft that document to provide us with some data. While you are here, I want you to comment on the record. Can you remember anything from it?

**Mr. Cappe:** I frankly do not and I would rather not comment.

Again, the document is an attempt to measure the impact. I know that the former Senator Kirby's study on mental health also tried to capture some of the economic consequences of poor mental health. None of the estimates are hard. However, I would be cautious about dismissing the estimates because the Conference Board of Canada's study does not present the estimates to the third decimal point. No one would dispute the direction or the significance. The study gives you an indication of how important the issue is. In that sense, I support using it as an instrument to show people that the issue is important.

**Senator Eggleton:** Something I have in common with the two of you is that I served at the Treasury Board. When I arrived at the Treasury Board in 1993 as minister, Mr. Cappe was there as assistant deputy minister. One of our first conversations was about horizontal links. That is what I want to focus on now.

Population health involves several departments if it is to work. We operate in a system known for its silos and stovepipes. There is ministerial accountability, as opposed to horizontal links. Although efforts have been made over time, the discussion is ongoing. I am sure there have been some successes. I am not aware of any major success in terms of horizontal links on an ongoing basis, but this issue requires horizontal links.

I think you need a top-down commitment to start. You need the Prime Minister to say, this issue has a high priority. Otherwise, I do not know how you will overcome those silos and create those horizontal links. You do not necessarily need a minister of population health. A cabinet committee of ministers would help to do that. It could be put into the mandate letters. I have had several of those letters so I know how important they are. You seem to agree that would be a route to go.

At the same time, you need bottom-up input in terms of delivery. Remember that a lot of these policy areas are deliverable at the provincial or local levels. Maybe we need some mechanism there as well. A top-down commitment and bottom-up input into the delivery system would be a combination that would work.

Je vous remercie de m'avoir écouté, et vous dis bon courage.

**Le président :** Avant de permettre aux sénateurs d'entamer la discussion, j'aimerais poser une question à M. Cappe.

Vous étiez présent à une réunion du Conference Board du Canada lorsque cet organisme a présenté une première ébauche d'un rapport sur l'impact économique d'une amélioration du niveau de santé des populations et du niveau de santé en milieu de travail. Ils ont eu l'amabilité de me faire parvenir un exemplaire de cette ébauche, comme je le leur avais demandé. J'aimerais profiter de votre présence parmi nous pour vous demander ce que vous pensez de ce document. Vous en souvenez-vous?

**M. Cappe :** Très franchement, je préférerais m'abstenir.

Ce document vise à mesurer l'impact d'une amélioration du niveau de santé. Je me souviens que le rapport de l'ex-sénateur Kirby sur la santé mentale abordait lui aussi la question des conséquences économiques des maladies mentales. Aucune des estimations du Conference Board n'est factuelle. Certes, ce n'est pas parce qu'elles ne vont pas jusqu'à la troisième décimale qu'il faut les rejeter. Elles ont quand même une signification, personne ne peut le contester. Le rapport donne une idée de l'importance du problème, et je pense qu'on peut l'utiliser dans cette optique.

**Le sénateur Eggleton :** J'ai un point commun avec nos deux témoins : j'ai servi au Conseil du Trésor. Lorsque j'ai été nommé ministre du Conseil du Trésor en 1993, M. Cappe en était le sous-ministre adjoint. L'un des premiers entretiens que nous avons eus portait justement sur les liens horizontaux, et j'aimerais revenir là-dessus maintenant.

Le dossier de la santé des populations nécessite l'engagement de plusieurs ministères. Or, tout le monde sait que notre système est fortement cloisonné. Il y a d'un côté la responsabilité ministérielle, et de l'autre, les liens horizontaux. Malgré les efforts déployés, la situation perdure. Il y a certainement eu des progrès à cet égard, mais que je sache, ils n'ont pas été transcendants.

Je pense qu'il faut commencer par l'approche descendante. Autrement dit, il faut que le premier ministre annonce que ce dossier est très prioritaire, sinon je ne vois pas comment vous réussirez à transcender ces cloisonnements pour établir des liens horizontaux. On n'a pas nécessairement besoin d'un ministre de la Santé des populations. À mon avis, la création d'un comité du Cabinet serait souhaitable. Cela pourrait être prévu dans des lettres de mandat. J'ai eu l'occasion de recevoir plusieurs de ces lettres, et je suis conscient de leur importance. Vous semblez être d'accord avec cette façon de procéder.

Parallèlement, il faut avoir une approche ascendante pour ce qui est de la mise en œuvre des programmes. N'oubliez pas qu'il s'agit d'un secteur où une grande partie des programmes sont administrés au niveau provincial ou local. Il faudra d'ailleurs sans doute mettre en place un dispositif à cet effet. Bref, je pense qu'en combinant une approche descendante et une approche ascendante pour la prestation des services, cela fonctionnerait.

If we do not have a cabinet committee to bring the horizontal links, how do we keep the focus, or the feet to the fire to accomplish this goal?

**Mr. Cappe:** I make a distinction between a "cabinet committee" and a "ministerial meeting."

The communiqué from the Prime Minister's meeting with the President earlier this week was helpful in tasking people. People followed up on doing more work on the relationship. A ministerial meeting that may have only a short period would force people to be accountable and prepare material. It would also lead to tasking of more work on the subject.

I do not know enough about the current structure of cabinet committees, having been out of government for 2.5 years now. However, we had standing cabinet committees on economic union and social union in the time when I was clerk. We also had something called the ministerial meeting on security and intelligence. It was not the ministerial committee, which tended to de-bureaucratize the issue a bit. It was a regularized, annual meeting that met from time to time, as necessary. There were also ad hoc committees or meetings where the Prime Minister would say: This is an issue that is of import. Let us bring all the ministers together who are active on this file."

I remember, Senator Eggleton, the first cabinet committee after the 1993 election was one you chaired on infrastructure.

That committee was not an institutionalized one, but it was a way of bringing together ministers. I caution against creating a structure where you have a secretariat with a hierarchy of committees where people feed the beast rather than getting on with the job.

I agree with you that you need ministerial attention, but there are different ways of accomplishing it.

**Mr. Mitchell:** I wish to add a couple of thoughts, but I agree with what Mr. Cappe has said.

First, the critical factor is that the Prime Minister makes this issue a government priority and tells Canadians that it is a government priority.

Second, the federal government must be prepared to put some money behind it. As you said, senator, most of this delivery is the responsibility of other jurisdictions. Therefore, the worst thing we can do is to make it a national priority and say that it is up to the provinces and the municipalities to do their thing. As we all know, they do not like that. Make the issue a government priority and put money behind it.

As Mr. Cappe said, drive it in the sense that you want results delivered by the concerned ministers and their departments, bearing in mind that the issue is a long-term one. As the chair mentioned in his opening remarks, we all know this will

En l'absence d'un comité du Cabinet pour mettre en place des liens horizontaux, comment pourrons-nous garder le cap et maintenir la pression?

**M. Cappe:** Je fais une distinction entre un « comité du Cabinet » et une « réunion ministérielle ».

Le communiqué de presse émis à la suite de la rencontre du premier ministre et du président cette semaine, énonçait des tâches précises que leurs collaborateurs ont entreprises aussitôt, afin d'améliorer les relations entre les deux pays. Une réunion ministérielle, qui peut avoir un mandat très temporaire, oblige les gens à rendre des comptes et à faire ce qu'il faut. Elle permet aussi de faire faire beaucoup plus de choses.

Je ne suis pas très au courant de la structure actuelle des comités du Cabinet, car j'ai quitté le gouvernement il y a deux ans et demi maintenant. Mais quand j'étais greffier du Conseil privé, nous avions des comités du Cabinet sur l'union économique et sociale. Nous avions aussi ce que nous appelions la réunion ministérielle sur la sécurité et le renseignement. Il ne s'agissait pas du comité ministériel, et c'était donc un peu moins bureaucratique. Cette réunion avait lieu chaque année, selon les besoins. Il y avait aussi des réunions ou comités qu'on disait spéciaux, où le premier ministre déclarait que le dossier était important et qu'il fallait convoquer tous les ministres concernés.

Je me souviens, sénateur Eggleton, que le premier comité du Cabinet qui s'est réuni après les élections de 1993 était celui des infrastructures, et que c'est vous qui le présidiez.

Ce n'était pas un comité institutionnel, mais c'était une façon de réunir les ministres. Je vous mets en garde contre la création d'une structure dans laquelle vous avez un secrétariat et toute une hiérarchie de comités, car les gens qui y participent songent plutôt à servir le système qu'à faire avancer le dossier.

Certes, les ministres doivent surveiller la situation, mais il y a plusieurs façons de le faire.

**M. Mitchell:** J'aimerais ajouter quelques commentaires, mais dans l'ensemble, je suis d'accord avec M. Cappe.

Premièrement, la chose la plus importante, c'est que le premier ministre fasse de ce dossier une priorité du gouvernement et qu'il l'annonce à la population canadienne.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral doit être prêt à avancer des fonds. Comme vous l'avez dit, sénateur, dans ce domaine, la mise en œuvre de la plupart des programmes relève d'autres juridictions. Par conséquent, la pire solution serait d'annoncer qu'on en fait une priorité nationale mais de laisser les provinces et les municipalités se débrouiller toutes seules. Nous savons tous qu'elles n'apprécient pas ce genre de choses. Il nous faut donc en faire une priorité du gouvernement et avancer les fonds nécessaires.

Comme l'a dit M. Cappe, il faut vous organiser pour que ce soit les ministres concernés et leurs ministères qui rendent des comptes, étant bien entendu qu'il s'agit là d'une initiative à long terme. Comme l'a dit le président dans ses remarques liminaires,

take 30 years to bring us from a ranking of fifteenth in health status and well-being to a ranking of fifth. The issue is a long-term, complex, multi-jurisdictional problem.

The only place I disagree slightly with my senior colleague here is that a ministerial meeting is a great way to tackle an immediate problem where you want top level attention from the ministry and you want results; that is, you want something done. We want top level attention from ministers, but we need to sustain that attention over a long period of time. I think that whatever mechanisms are used to bring ministers together, the key thing is making Canadians see that the problem is an important one for the whole country and that the government will be behind this problem for a long time. Then, the federal government must be prepared to resource its commitment to be a credible partner with the provinces.

**Senator Eggleton:** Those thoughts are helpful.

Let me ask one more question on the step-in or incremental approach versus "here is the big picture" or the vision.

Mr. Cappe, you suggested the step-in approach. However, does there need to be a big vision there where people understand the overall goal? You can implement it by some incremental step-in approach, but do you not need both?

**Mr. Cappe:** I agree totally with that approach. Senator Eggleton, you are absolutely right.

You need the statement — the vision. In a way, it is revolutionary because we have never seen it before. Everyone tugs on their forelock when they talk about population health, but we have never seen a real statement that says, here is what this is and here is why it is important: that overarching statement. It is the implementation that I am talking about. You want to notch your belt with a few successes and then build on them. That is when the public sees that government is doing something positive.

**Mr. Mitchell:** I have one other thing to add.

We need to make Canadians understand that this issue is a big problem. For example, as the chair pointed out, type 2 diabetes is a looming threat to Canadians. Population health is like two other problems I think you have all witnessed over the last 20 years. One is making Canadians realize that debt and deficit were a big problem. It took a long time. Mr. Cappe and I were both in the central agencies in the early 1980s and 1990s. It took a long time for government to make Canadians realize we could not continue running \$40-billion deficits. Finally, around 1995, when the government of the day acted strongly, the public environment

nous savons bien qu'il nous faudra une trentaine d'années pour que le Canada passe du 15<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> rang en ce qui concerne le niveau de santé et de bien-être de sa population. C'est donc un dossier pour le long terme, complexe et multi-juridictionnel.

La seule chose pour laquelle je suis légèrement en désaccord avec mon éminent collègue, c'est qu'à mon avis, une réunion ministérielle est un dispositif efficace pour s'attaquer à un problème immédiat, car cela vous permet d'obtenir un maximum de diligence de la part du ministère, et c'est ce que vous voulez : des résultats. Il faut réussir à susciter l'intérêt des ministres, et ensuite à maintenir cet intérêt pendant une longue période. A mon avis, quels que soient les dispositifs que vous utiliserez pour amener les ministres à travailler ensemble, l'essentiel c'est que les Canadiens comprennent qu'il s'agit d'un problème important pour l'ensemble du pays, et que le gouvernement s'est engagé, pour le long terme, à faire ce qu'il faut pour y remédier. S'il veut être un partenaire crédible aux yeux des provinces, le gouvernement fédéral devra accompagner son engagement des fonds nécessaires.

**Le sénateur Eggleton :** Merci beaucoup.

Permettez-moi maintenant de vous poser une autre question sur l'approche graduelle par opposition à la présentation d'une vision d'ensemble.

Monsieur Cappe, vous dites préférer l'approche graduelle, mais ne pensez-vous pas qu'il faudrait que la population soit informée de l'objectif global d'une telle initiative? On pourrait aussi avoir une approche graduelle en fonction des besoins, mais ne pensez-vous pas qu'il serait nécessaire d'adopter à la fois les deux types d'approches?

**M. Cappe :** Je suis entièrement d'accord avec vous, sénateur Eggleton. Vous avez tout à fait raison.

Il faut annoncer clairement l'objectif qu'on s'est fixé. Dans un sens, c'est assez révolutionnaire, car ça ne s'est encore jamais fait. Chaque fois qu'il est question de santé des populations, les gens qui en parlent ont l'air très sérieux, mais ils n'expliquent jamais clairement ce qu'on va faire et pourquoi il est important qu'on le fasse; ils ne présentent pas les grands objectifs qu'on s'est fixés. Je parle de la mise en œuvre. Il faut attendre d'avoir quelques succès à son actif et ensuite poursuivre sur sa lancée, et c'est à ce moment-là que le public se rend compte que le gouvernement fait quelque chose de positif.

**M. Mitchell :** J'aimerais ajouter quelque chose.

Il faut faire comprendre à la population canadienne qu'il s'agit là d'un grave problème. Par exemple, comme l'a fait remarquer le président, les cas de diabète de type 2 risquent fort de se multiplier au Canada. Le dossier de la santé des populations ressemble à deux autres enjeux que vous avez affrontés au cours des 20 dernières années. Le premier était de faire comprendre aux Canadiens que la dette et le déficit constituaient un grave problème. Cela a pris du temps. M. Cappe et moi-même travaillions tous les deux dans des agences centrales au début des années 1980 et 1990, et il a fallu beaucoup de temps au

was conditioned to action. I thought that strong action was important.

Take climate change as the second issue. It takes a long time for Canadians to realize that, yes, this problem is big. When government has made them accustomed to that problem, then, when governments act, as the federal government and provinces are about to do, Canadians say: Okay, I guess we will do that, then, because it really is a big problem.

This issue of raising awareness, sensitizing the people to the fact that this issue is a major one for Canada in all the dimensions you have talked about in this committee, is important. Then the Prime Minister is out there personally identifying this issue as a government priority and putting money behind it. Then the actual mechanics of making progress is a lot easier.

**Mr. Cappe:** One problem is that we see the cost of acting but we do not see the cost of not acting. Conditioning must be done to explain to the public that not addressing this problem, whether in social housing, income security or any of these elements, will make things worse down the road. The public says: Do I want my tax dollars going to that problem now? The answer is: Yes, otherwise, we will pay a bigger price.

**Senator Eggleton:** In other words, you want a business case developed.

**Mr. Cappe:** Yes.

**The Chair:** Before moving to the other senators, I want to take you down to another level with the comments that both of you have already made.

In our research and travels and in our preliminary reports, we unearthed some fairly ideal models of communities of good health, well-being and productivity. They were not necessarily in Canada, although some are, in particular, in our native communities. We were impressed in Cuba, for example, considering the expenditure.

In our report, we will present a few designs of communities of good health, well-being and productivity that can be applied to downtown Toronto, to rural communities, to the frozen North, to Aboriginal communities, et cetera. You have both alluded to the fact that the Prime Minister must take charge of this issue but it also must "get to the ground" and there must be some successes.

How do we get the Prime Minister to the ground?

**Mr. Mitchell:** How do you move from the prime ministerial level downwards to results on the ground?

gouvernement pour faire comprendre aux Canadiens qu'on ne pouvait pas continuer à accuser des déficits de 40 milliards de dollars. Finalement, c'est vers 1995 que le gouvernement de l'époque a décidé de prendre le taureau par les cornes, mais l'opinion publique l'avait été conditionnée. Il fallait prendre des mesures énergiques.

Le deuxième était le changement climatique. Les Canadiens ont mis du temps à se rendre compte qu'il s'agissait là, en effet, d'un grave problème. À partir du moment où le gouvernement a réussi à les sensibiliser à ce problème, et à partir du moment où le gouvernement fédéral et les provinces se sont entendus pour agir, alors les Canadiens ont dit d'accord, il faut agir.

Toute cette question de la sensibilisation de la population est extrêmement importante, car il faut que celle-ci comprenne toutes les dimensions du problème que vous avez longuement examiné dans votre comité. Ensuite, le premier ministre annonce lui-même que cela devient une priorité du gouvernement, et qu'il allonge les fonds nécessaires. À partir de là, il devient beaucoup plus facile de faire progresser le dossier.

**M. Cappe :** L'autre problème, c'est que nous savons combien il en coûtera si nous intervenons, mais que nous ne savons pas combien il en coûtera si nous ne faisons rien. Il faut préparer l'opinion publique en expliquant pourquoi, si nous n'intervenons pas, la situation va se détériorer, par exemple, dans les secteurs du logement social et de la sécurité du revenu. Les gens vont alors se demander s'il vaut mieux payer tout de suite plutôt que d'attendre, et ils vont comprendre que oui, il faut agir maintenant, car plus tard, ça coûtera plus cher.

**Le sénateur Eggleton :** Autrement dit, il faut préparer une analyse de rentabilité.

**M. Cappe :** En effet.

**Le président :** Avant de donner la parole à d'autres sénateurs, j'aimerais faire une petite intervention, compte tenu des remarques de nos deux témoins.

Au cours de nos recherches et de nos voyages, nous nous sommes rendu compte qu'il existait des modèles de communautés qui favorisent la santé, le bien-être et la productivité. On ne les trouve pas nécessairement au Canada, même s'il y en a un certain nombre, notamment dans nos communautés autochtones. Par exemple, nous avons été très impressionnés par ce que nous avons vu à Cuba, surtout quand on compare les coûts.

Dans notre rapport, nous présenterons quelques schémas de communautés favorisant la santé, le bien-être et la productivité, qui peuvent être reproduits au centre de Toronto, dans les régions rurales, dans les zones gelées du Nord, dans les communautés autochtones, et cetera. Vous avez dit tous les deux que le premier ministre devait assumer la responsabilité de ce dossier, mais il faut aussi que notre action se traduise par des réalisations concrètes.

Comment pouvons-nous amener le premier ministre au niveau des réalisations concrètes?

**M. Mitchell :** Comment peut-on passer du niveau du premier ministre au niveau des résultats concrets, sur le terrain?

**The Chair:** That is another way of putting it. How do we get the Prime Minister to the ground?

**Mr. Mitchell:** First, let us assume that the Prime Minister and his government agree it is as major an issue as this committee has identified it to be. Second, I would look for willing partners who are prepared to work with the federal government, using federal resources as appropriate, to undertake pilot projects and demonstrate some successes.

For example, lots of innovation takes place in the health care system in Canada in different provinces. In Quebec, for example, les centres locaux de services communautaires, CLSCs work well. That model has not been appropriately adopted elsewhere.

If the Government of Canada is prepared to work with jurisdictions, for example with the Northwest Territories or Nunavut on small Aboriginal communities, or work with a given province that is interested in running pilots where they bring lots of the different players together, the feds can step in there as support. They can encourage, support and partner without seeming like they are coming in as too much of a driver on the ground.

If you had some successes like that and a continued attention to the issue, then the newspapers would write about the issue and Canadians would recognize it. You build the momentum for change that way. I would say, make it an issue and then create pilots that work and show results.

**Mr. Cappe:** I agree. Several honourable senators have been politicians in your past lives. Not a lot of immediate, positive reaction or reinforcement comes from taking these step-by-step approaches to improving population health. Where is the political feedback?

It is like the investments that the government twice-removed made in science. The university presidents all quietly came to Ottawa to encourage this investment but it was like one hand clapping. What was the return for huge investments in science?

You need to find a way of having the political reinforcement and encouragement. I think that Mr. Mitchell is onto something because the way political reinforcement happens is for the local non-governmental organizations and local community groups to insist on this project being done, then profusely applauding when it leads to a lot of success.

The only example I can point to in the case of the investments in science was when severe acute respiratory syndrome, SARS, hit in Toronto. The University of British Columbia took out a full page ad saying, This scientist that we brought back to Canada as a Canada research chair helped sequence the genome that was responsible for us figuring out how to deal with this problem. That was the only example I have. However, if you spend \$10 billion and receive a newspaper ad out of it, that is not a lot of political encouragement.

**Le président :** C'est une autre façon de le formuler.

**M. Mitchell :** Supposons d'abord que le premier ministre et son gouvernement reconnaissent avec le comité qu'il s'agit d'un dossier prioritaire. L'étape suivante consiste à trouver des partenaires disposés à travailler avec le gouvernement fédéral, à utiliser les ressources fédérales le cas échéant, à entreprendre des projets pilotes et à faire la preuve de certains résultats.

Par exemple, dans certaines provinces, on fait beaucoup d'innovations dans le système de soins de santé. Au Québec, par exemple, les centres locaux de services communautaires, les CLSC, fonctionnent bien, mais ce modèle n'a pas été reproduit ailleurs.

Si le gouvernement du Canada est disposé à travailler avec d'autres juridictions, par exemple avec les Territoires du Nord-Ouest ou le Nunavut pour les petites communautés autochtones, ou avec une province disposée à entreprendre des projets pilotes impliquant de nombreux intervenants, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de soutien. Il peut fournir de l'aide et des encouragements sans pour autant prendre les commandes.

Et à force de persévérance, vous allez commencer à avoir des résultats positifs, les médias vont en parler, et les Canadiens vont apprécier ce qui aura été fait. C'est de cette façon qu'on peut impulser le changement. En résumé, il faut énoncer le problème et trouver ensuite les mécanismes pour obtenir des résultats concrets.

**M. Cappe :** Je suis tout à fait d'accord. Plusieurs d'entre vous ont fait de la politique avant d'être sénateurs, et vous savez bien qu'on n'a pas souvent d'encouragements positifs, au début, quand on adopte une approche graduelle. Où sont les retombées politiques?

C'est comme les investissements dans les sciences, qu'on a supprimés pour les remettre après. Les présidents d'université sont tous venus discrètement à Ottawa pour apporter leurs encouragements, mais on avait l'impression que c'était des demi-applaudissements. Quelles ont été les retombées politiques de ces énormes investissements?

On a besoin d'encouragements. M. Mitchell a mis le doigt sur quelque chose d'intéressant, car à l'heure actuelle, on reçoit des encouragements lorsque les organisations non gouvernementales locales et les groupes communautaires locaux insistent pour qu'un projet se fasse, et qu'ensuite, ils applaudissent haut et fort lorsque le projet marche bien.

A propos des investissements dans les sciences, le seul exemple d'encouragement qui me vienne à l'esprit remonte à la crise du SRAS, le syndrome respiratoire aigu sévère, qui a frappé Toronto. L'Université de la Colombie-Britannique a fait passer une publicité d'une page entière disant qu'elle avait fait revenir au Canada, pour lui confier une chaire de recherche, le chercheur qui avait réussi à faire la séquence du génome responsable. C'est le seul exemple qui me vienne à l'esprit. Si vous dépensez 10 milliards de dollars et que le seul encouragement que vous en recevez est une publicité dans un journal, c'est un peu mince.

It was the right thing to do and I do not mean to be partisan about this subject. I think this government has done a lot of those right things as well; they have extended some of those investments in science. However, no one has taken out newspaper ads applauding the government for that action. Instead, when they do not increase the money that they are already spending, they see newspaper articles against it.

I think there is a way to find political payoff for this issue but I have not figured out how. Mr. Mitchell may be on to something; namely, that political payoff must come from those local communities.

**The Chair:** I picked up this horrible flu up north announcing infrastructure money — and it must be one-third, one-third, one-third. In this case, it worked well.

I want you both to tell us how to address this subject in the report because it can be a huge barrier for a little community that wants to organize itself into a healthy community of well-being, productivity, improved education, improved nutrition for their kids, improved maternal health and parenting and so on, but they do not have the resources to match the money from the province. They do not have the resources to go after the province to match it.

How do we address this problem to go around the universal rules?

**Mr. Cappe:** I am less sympathetic to the argument that the local communities cannot afford it. First, matching is not an affordability question; it is not because we want the local communities to lever the federal money, or the federal money to lever the local money. Rather, it is to say, put your point where your mouth is: If this issue is a priority to you, then we think the local community should identify it as a local priority. It is not a federal priority; it is a local priority. If the local community puts up money, the federal government will do so and the province will also.

Second, the money is all fungible. Money goes into these investments — and they are investments. We should come back to this point because that is another problem. They are treated as expenditures but they are investments.

Nevertheless, these investments are a manifestation of not only priority, but of putting up the local money. The federal money can then lever it, which frees up other money in the local community. I understand the point, and I know that the municipalities do not have the tax bases on which to raise the funds in order to match, but investment demonstrates their commitment as opposed to a commitment determined in Ottawa, and they still have the flexibility of shifting money around.

C'était la chose qu'il fallait faire, et je n'ai pas l'intention de faire preuve de partisannerie à ce sujet. Je pense que le gouvernement a fait beaucoup de choses qu'il fallait faire; il a reconduit certains investissements dans les sciences. Mais personne n'a fait passer une publicité dans les journaux pour le féliciter de l'avoir fait. Par contre, quand le gouvernement refuse d'accorder une rallonge, alors là, les critiques dans les journaux ne manquent pas.

Le dossier qui nous intéresse aujourd'hui pourrait certainement avoir des retombées politiques positives, mais je n'ai pas vraiment réfléchi à la façon de s'y prendre. M. Mitchell a peut-être trouvé la solution quand il a dit que ces retombées devaient se situer au niveau des collectivités locales.

**Le président :** Quand je suis allé dans le Nord pour annoncer des investissements dans les infrastructures, où j'ai d'ailleurs attrapé une mauvaise grippe, je me souviens qu'il fallait que ce soit un tiers, un tiers, un tiers. Dans ce cas-là, ça a bien marché.

J'aimerais demander à nos deux témoins comment nous devrions traiter de cette question-là dans notre rapport, car pour une petite collectivité qui veut améliorer le bien-être de ses habitants, la productivité, l'éducation, l'alimentation des enfants, la santé des mères, l'éducation parentale, et cetera, il est très difficile de trouver des fonds en contrepartie de l'argent offert par la province.

Y a-t-il une façon de tourner les règlements?

**M. Cappe :** J'ai du mal à croire que les petites collectivités n'ont pas les moyens suffisants. Premièrement, trouver des fonds de contrepartie n'est pas une question d'avoir les moyens ou pas, car ce que nous voulons, c'est que les collectivités provoquent le déblocage des fonds au fédéral, ou que le fédéral provoque le déblocage des fonds des collectivités. La question est plutôt de savoir clairement ce qu'on veut : si c'est une priorité pour la collectivité, qu'elle en fasse une priorité locale. Ce n'est pas une priorité fédérale, c'est une priorité locale. Et si la collectivité réussit à allonger les sommes nécessaires, le gouvernement fédéral en fera autant et la province aussi.

Deuxièmement, toutes ces sommes sont fongibles. En fait, il s'agit d'investissements, et c'est un autre problème dont nous devrions parler, car actuellement, elles sont considérées comme des dépenses alors que ce sont des investissements.

Quoiqu'il en soit, ces investissements signifient non seulement qu'une priorité a été établie, mais que les fonds locaux ont été réunis. Le gouvernement fédéral verse alors sa part, ce qui apporte d'autres fonds dans la collectivité. Je comprends la situation, et je sais bien que les municipalités n'ont pas l'assiette fiscale suffisante pour lever des fonds de contrepartie, mais en faisant ces investissements, elles montrent qu'elles prennent un engagement, au lieu que cet engagement soit pris par Ottawa, et elles conservent une certaine marge de manœuvre dans la répartition de ces fonds.

**Mr. Mitchell:** Again, this difference is rare for me, because usually Mr. Cappe and I sing from exactly the same song sheet. It seems to me that doing more on population health at the local level may often call for more money. It may often call for money that local communities may not have. Provinces may or may not have the funds. If more needs to be done, then more may cost more. The question is: How do we pay for those investments? As Mr. Cappe said, those are investments. I completely agree.

What the communities bring to the table are local people, local capacity and local problems that need to be addressed. Communities bring local ideas. They bring a commitment to obtaining results. The provinces bring jurisdiction, capacity, and some money. The federal government brings a larger policy perspective, research perspective, an understanding of what is happening in the rest of the world, and money.

If you are the federal government and you want something to happen, then you have an informed point of view, which the government obtains through items such as this Senate committee report; you have research to back up your opinions, as Mr. Cappe said; you have relationships with those in other jurisdictions; and then you bring money to the table. That shows that you care.

What you cannot do is expect Baker Lake to bring money, and you cannot expect a lot of small towns in B.C. or Saskatchewan to bring money, or towns in Quebec or in Gatineau, where I am. They do not have money; they have issues, ideas and capacity.

**Mr. Cappe:** To show that, indeed, Mr. Mitchell and I do agree, I totally agree with what he said. The one third/one third/one third is not a magic formula. In fact, I have no idea where the number came from. I think it came from the first infrastructure program, but it is not the right formula.

If one thinks about who has responsibility for these kinds of investments, you might well put it as 10 per cent from the local community, 75 per cent from the province and 15 per cent from the federal government. However, that is not where the initiative will come from. What we are talking about is that the province is in a better place to fund these investments and to be responsible, but you want the ideas to come from the local community and you want the money to come from the leaders on the file, which may well be the federal government. Do not take the one third/one third/one third formula as magic.

**Mr. Mitchell:** I completely agree with that point.

**The Chair:** Honourable senators, I am sorry for pursuing this matter, but I want to reach an end point here, because this opportunity is unique.

**Senator Callbeck:** Thank you for appearing this morning. I want to talk about the bottom-up approach. I truly believe that approach to be effective: You must have the top-down approach

**M. Mitchell :** Généralement, M. Cappe et moi sommes toujours sur la même longueur d'onde, mais dans ce cas-ci, comme il s'agit de la santé des populations, je pense qu'il en coûtera plus cher de faire les choses au niveau local. Dans bien des cas, les collectivités risquent de ne pas avoir suffisamment d'argent. Les provinces n'auront peut-être pas l'argent non plus. Et quand il faut faire plus, cela coûte plus cher. La question qui se pose est de savoir où on va trouver l'argent pour faire ces investissements, car comme l'a dit M. Cappe, et je suis entièrement d'accord avec lui, il s'agit bien d'investissements.

Les collectivités arrivent avec des équipes locales, une capacité locale et des problèmes locaux auxquels il faut trouver une solution. Elles apportent aussi des idées locales, et veulent des résultats. Les provinces, elles, représentent une juridiction, une certaine capacité et de l'argent. Le gouvernement fédéral, quant à lui, apporte une perspective plus vaste, une capacité de recherche, une connaissance de ce qui se passe dans le reste du monde, et de l'argent.

Quand le gouvernement fédéral veut entreprendre une action quelconque, il commence par étayer sa position en consultant des documents comme le rapport d'un comité sénatorial, car comme l'a dit M. Cappe, il faut que les idées soient étayées par des recherches. Ensuite, le gouvernement établit des contacts avec les autres juridictions, et il met l'argent sur la table, ce qui est une preuve de son engagement.

Vous ne pouvez pas vous attendre à ce que Baker Lake soit capable de mettre de l'argent sur la table, pas plus que bon nombre d'autres petites villes de la Colombie-Britannique ou de la Saskatchewan, ou que des villes du Québec comme Gatineau, où j'habite. Elles n'ont pas d'argent, mais elles ont des problèmes, des idées et de la capacité.

**M. Cappe :** Pour vous montrer que nous sommes toujours sur la même longueur d'onde, M. Mitchell et moi, je vous dirai que je suis entièrement d'accord avec lui. La répartition un tiers / un tiers / un tiers n'est pas une formule magique. En fait, j'ignore complètement d'où elle vient, peut-être du programme des infrastructures, mais en tout cas, ce n'est pas la bonne formule.

Si l'on part du principe que c'est le gouvernement responsable qui doit payer, alors on peut fort bien dire que la collectivité locale doit financer 10 p. 199 des coûts, la province, 75 p. 100, et le gouvernement fédéral, 15 p. 100. Mais ce n'est pas de la province que vient l'initiative. Certes, elle est mieux placée pour financer ces investissements et pour en assumer la responsabilité; par contre, il est préférable que les idées viennent de la collectivité locale, et que l'argent vienne de ceux qui pilotent le dossier, en l'occurrence, le gouvernement fédéral. Alors ne pensez surtout pas qu'un tiers / un tiers / un tiers soit la formule magique.

**M. Mitchell :** Je suis tout à fait d'accord là-dessus.

**Le président :** Chers collègues, je suis désolé d'avoir insisté, mais je voulais approfondir la discussion puisque j'en avais exceptionnellement l'occasion.

**Le sénateur Callbeck :** Je vous remercie de comparaître ce matin. J'aimerais parler de l'approche ascendante. Je suis convaincue que c'est la bonne approche; il faut adopter

but also the bottom-up approach. If the public is not with you, the program will not last long. If the public are sold on the idea that population health is important, then the politicians will listen. When there is an election, the program will continue after the election if the public thinks the government should have it.

You spoke about the debt and the deficit, and it is true that it took a long time for Canadians to realize its importance. What lessons have you learned that we can use in informing Canadians that population health is important?

**Mr. Cappe:** That is a good question. One lesson, as Mr. Mitchell suggested, is that it takes a long time and you have to keep at it with a consistent message. I remember once asking Don Mazankowski whether he resented the fact that Paul Martin received the credit for breaking the back of the debt, because it was Michael Wilson and Don Mazankowski who started the sensitization process of the debt and that it was unsustainable. Mr. Mazankowski's answer, by the way, was: no, because we talked about it, but we did not do it.

This is another part of the question. I mentioned a step-by-step approach, not a dramatic, revolutionary approach. However, sometimes when you face a crisis, you can take dramatic measures that you would not otherwise take. I think there was a build-up over time where the public learned that the debt was a serious issue. The time horizon and the continuity of the discussion are important. Although I am a big fan of the step-by-step approach, sometimes you have to be opportunistic as well. When New Zealand hit the wall on their debt, there was a lesson for Canada, and that lesson echoed here in a way that made people stand up and take notice.

In terms of population health, it was interesting that the chair referred to some First Nations communities where there are successes. All we ever hear about are the First Nations communities where there are failures. Sometimes you have to point to the successes and build on those.

In a way, these issues are not new. They are certainly not bureaucratic. I think political actors are in a better position to figure these issues out. You do need to take the long-run view. If you can point to some of the costs of not taking action, that information will convince the public that population health is important.

**Mr. Mitchell:** In the background material prepared by your staff, they talk about the importance of champions. I think visible champions are important. I can think of two issues in recent years on which senators have been visible champions. One example is Senator Kirby on the issue of mental health. He pushed that issue, not only in the Senate but also publicly. He identified with the issue of mental health, made it a big deal, and then, through a lot of skilful work on all sides of Parliament, big things happened.

l'approche descendante mais aussi l'approche ascendante. Si vous n'avez pas la population avec vous, le programme fait long feu. Si les gens sont convaincus que la santé des populations est une priorité importante, les politiciens les écouteront. Et même si des élections ont lieu, le programme se poursuivra aussi longtemps que la population le jugera nécessaire.

Vous avez parlé de la dette et du déficit, et c'est vrai que les Canadiens ont mis du temps à en comprendre l'importance. Quelles leçons en avez-vous tirées qui pourraient nous aider à mieux informer les Canadiens de l'importance de la santé des populations?

**M. Cappe :** C'est une bonne question. L'une des leçons que j'en ai tirées est que, comme l'a dit M. Mitchell, il faut savoir attendre et marteler toujours le même message. Je me souviens avoir demandé un jour à Don Mazankowski s'il était furieux de voir que c'était à Paul Martin qu'on attribuait le mérite d'avoir réduit la dette, alors que c'était lui-même et Michael Wilson qui avaient commencé à sensibiliser les Canadiens à la gravité de la situation. M. Mazankowski m'a répondu : « non; nous en avons parlé, certes, mais ce n'est pas nous qui avons agi ».

Cela m'amène à un autre aspect de la question. J'ai dit que je privilégiais l'approche graduelle, plutôt que l'approche radicale, révolutionnaire. Toutefois, en situation de crise, il faut parfois prendre des mesures radicales qu'on ne prendrait pas autrement. Dans le cas de la dette, je pense qu'avec le temps, le public a fini par comprendre que c'était un problème grave. Le facteur temps et le fait de continuer à en parler sont des éléments importants. Je suis assurément un partisan de l'approche graduelle, mais dans certains cas, il faut savoir être pragmatique. Lorsque la Nouvelle-Zélande s'est retrouvée face à une crise énorme à cause de sa dette, le Canada devait en tirer une leçon, et la population a vraiment pris conscience de la gravité du problème.

Pour ce qui est de la santé des populations, le président a parlé des résultats positifs qu'on a enregistrés dans certaines communautés des Premières nations. C'est intéressant, car généralement on n'entend parler que des communautés des Premières nations où il y a des problèmes. Il faut donc savoir repérer les programmes qui marchent et poursuivre sur la lancée.

D'une certaine façon, tous ces problèmes ne datent pas d'hier. Ce ne sont pas non plus des problèmes de bureaucratie. Je pense que les élus politiques sont mieux placés pour prendre des décisions. Il n'est pas nécessaire de voir à trop long terme. Le simple fait de dire aux Canadiens combien il nous en coûtera si nous ne faisons rien suffira à les convaincre que la santé des populations est un dossier important.

**M. Mitchell :** Dans le document de travail préparé par votre personnel, on parle du rôle des champions. À mon avis, les champions sont utiles s'ils sont visibles. Deux exemples me viennent à l'esprit, dans lesquels des sénateurs ont été des champions visibles. Le premier est celui du sénateur Kirby, dans le dossier de la santé mentale. Il a fait la promotion de ce dossier non seulement au Sénat mais dans la société en général. Il s'est vraiment associé à ce dossier, en a beaucoup parlé et, grâce à des interventions bien calculées de divers parlementaires, des choses grandioses ont pu se faire.

Another example is Senator Kenny on issues of national security. He has put those issues on the public agenda. I am sure not everyone agrees exactly with what he says, but he has been tremendously successful in sensitizing the public to those issues.

With regard to the issue of population health, if you want Canadians to think about this issue, you need visible champions, ideally political figures like yourselves, or members of Parliament, or a minister or prime minister: someone who is prepared to make this issue a big deal over years.

André Picard writes on health issues in *The Globe and Mail*. He should be totally sensitized to this issue. A series of articles could be written. Studies could be conducted in Aboriginal communities or places where type 2 diabetes is erupting badly, so that you have a concerted campaign, with visible champions, to make this a big issue for Canadians. That is how you obtain results.

**Mr. Cappe:** A group of people out there needs to be mobilized, and that group is non-governmental organizations, NGOs. They have credibility. With all due respect to honourable senators, you have seen this government; the public does not distinguish one side from the other. The credibility of NGOs is important.

I think of early childhood development, the National Child Benefit and so forth. The roles of Martha Friendly, Senator Landon Pearson and Fraser Mustard were crucial in sensitizing the public to those issues. You have to push for that sensitization as well.

**Senator Callbeck:** Moving from the bottom up is so important. It can be sold to the government, but unless the public really buys into it, the next government may change it. To work long term, as we need to, we need the public to buy in.

**The Chair:** Thank you, Senator Callbeck.

I am sure you both know the former premier of Prince Edward Island. She has some experience.

**Mr. Cappe:** Absolutely; that is why we bowed our heads when we talked about provinces.

**Senator Callbeck:** I have been through some of this experience.

**Senator Eaton:** Mr. Cappe, further to what Senator Callbeck said, you said, stay under the radar. Looking back at the deficit and looking at the notion of bottom-up, I wonder whether that policy is the right one. Perhaps population health should become a general discussion between the federal minister of health and the health ministers of each province.

I like to think that schools and private industry have parts to play. We could educate industries on managing employee health in order that lost productivity would go from six days to two days. In schools, we see more and more children who are vastly overweight. We could convince the parents and the schools to

Un autre exemple est celui du sénateur Kenny, qui a réussi à mettre le dossier de la sécurité nationale à l'ordre du jour. Tout le monde n'est peut-être pas d'accord avec ce qu'il dit, mais il a magnifiquement réussi à sensibiliser le public à toutes ces questions.

Pour ce qui est de la santé des populations, si vous voulez sensibiliser les Canadiens à ce problème, il vous faut des champions visibles, idéalement des personnalités politiques comme vous, ou des députés, un ministre ou encore un premier ministre. Il vous faut quelqu'un qui va vraiment promouvoir ce dossier pendant plusieurs années.

André Picard écrit des articles sur la santé dans le *Globe and Mail*. Il est certainement très au courant du problème, et il pourrait écrire quelques articles là-dessus. Il faudrait faire faire des études dans les communautés autochtones et dans les autres collectivités où les cas de diabète de type 2 se multiplient, de sorte qu'on aurait une campagne concertée, avec des champions visibles, pour faire la promotion de ce dossier auprès des Canadiens. C'est de cette façon qu'on obtient des résultats.

**M. Cappe :** Il y a aussi un autre groupe qu'on devrait mobiliser; je veux parler des ONG, les organisations non gouvernementales. Elles sont crédibles. Malgré tout le respect que je vous dois, honorables sénateurs, je dois dire qu'avec le gouvernement actuel, la population ne fait pas la distinction entre un parti ou l'autre. La crédibilité des ONG est un élément important.

Je pense aussi au développement de la petite enfance, à la Prestation nationale pour enfants, et cetera. Martha Friendly, le sénateur Landon Pearson et Fraser Mustard ont joué un rôle décisif dans la sensibilisation de la population à ces questions. C'est ce niveau de sensibilisation qu'il faut viser.

**Le sénateur Callbeck :** L'approche ascendante est cruciale, car si on réussit à convaincre le gouvernement, mais que la population ne suit pas, le gouvernement suivant peut tout changer.

**Le président :** Merci, sénateur Callbeck.

Je suis sûr que vous connaissez tous les deux l'ancien premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard. Elle a de l'expérience.

**M. Cappe :** Bien sûr, c'est pour cela que nous nous sommes respectueusement inclinés lorsque nous avons parlé des provinces.

**Le sénateur Callbeck :** J'ai vécu ce genre d'expérience.

**Le sénateur Eaton :** Monsieur Cappe, j'aimerais poursuivre dans la même veine que le sénateur Callbeck. Vous avez dit tout à l'heure qu'il fallait jouer la carte de la discréction. Quand je pense au déficit et à l'approche ascendante, je me demande si c'est la bonne solution. Le dossier de la santé des populations devrait peut-être faire l'objet d'un débat général entre le ministre fédéral de la Santé et ses homologues des provinces.

Je crois aussi que les écoles et le secteur privé ont un rôle à jouer. Dans les entreprises, on pourrait organiser des programmes de formation pour mieux gérer la santé des employés afin que l'absentéisme passe de six jours à deux jours. Dans les écoles, on constate que de plus en plus d'enfants souffrent d'une surcharge

have an hour of gym class in the morning, and to cut out pop. I am not an expert in this subject, but perhaps we could start in small ways.

Will the political payoff not come from lower health costs for which health ministers can take credit as a result of programs they had instituted?

Are you convinced that we should stay under the radar and not make this issue a national talking point? It is awful to see children with diabetes at the age of 10, and having strokes and heart attacks. I do not understand your point of keeping it under the radar.

**Mr. Cappe:** I probably am giving mixed messages, because I agree that the issue needs a profile, that the public must demand this change, and that politicians must take this issue seriously in a sustained fashion. I tend to agree with your direction.

My point was whether progress can be made on the ground by politicizing or depoliticizing. By raising the profile, you make winners and losers, and I am trying to find a way to make everyone a winner.

**Senator Eaton:** How do you make a loser if you raise the profile?

**Mr. Cappe:** When the federal government announces this initiative and embarrasses the provinces because they have not taken action, the provincial minister becomes steamed, or vice versa. If we take the collaborative approach that this initiative is in the interests of everyone, and is not partisan, federal or provincial, everyone will be aligned.

The National Child Benefit is an interesting example of where the federal government and the provinces came together and instituted a new program, and everyone received credit for taking the right action. A lot of money went to the people who needed it. If it was dealt with in a way that someone had to be given credit, it would have been a failure.

You are right that the costs avoided as a result of investments in population health are politically valuable, but they are valuable to the successors of the people who take action now. The long-term nature of the issue makes winners and losers as well.

**Senator Eaton:** I do not understand, being new on the committee. We talk about costs, and there are costs to everything, but I think population health would be a matter of education and information. I cannot force someone to quit smoking, but I may be able to educate them about the reasons to quit smoking. The anti-smoking campaign worked, and it was largely an information campaign.

pondérale. On pourrait convaincre les parents et les écoles d'organiser une heure de cours de gym chaque matin, et de supprimer les boissons gazeuses. Je ne suis pas un expert en la matière, mais il y a toutes sortes de petites choses qu'on pourrait commencer par faire.

Quant aux retombées politiques dont on parlait tout à l'heure, ne pensez-vous pas qu'elles se traduiront par une diminution des dépenses de santé, que les ministres pourront attribuer aux programmes qu'ils ont mis sur pied?

Pensez-vous vraiment que nous devrions jouer la carte de la discréption et éviter d'en faire la une des journaux? C'est horrible de voir des enfants de 10 ans atteints du diabète, ou ayant des AVC ou des crises cardiaques. Je ne comprends pas pourquoi vous nous recommandez de jouer la carte de la discréption.

**M. Cappe :** Mon message a peut-être été confus, car je reconnais avec vous que ce dossier a besoin d'une certaine visibilité, que la volonté de changement doit venir de la population, et que les politiciens doivent aborder cette question avec beaucoup de sérieux et de persévérance. Je suis d'accord avec vous.

Je disais tout à l'heure que vous aviez le choix de politiser ou non le dossier. Si vous lui donnez de la visibilité, vous aurez inévitablement des gagnants et des perdants; pour ma part, je préfère trouver une solution où tout le monde est gagnant.

**Le sénateur Eaton :** Comment le seul fait de donner de la visibilité au dossier peut-il faire des perdants?

**M. Cappe :** Lorsque le gouvernement fédéral annonce une initiative, il met les provinces dans l'embarras parce qu'elles ne sont pas intervenues plus tôt, et le ministre provincial est furieux, ou vice versa. Si au contraire nous favorisons la collaboration parce que nous estimons qu'une initiative est dans l'intérêt de tous, et qu'elle n'est ni partisane, ni fédérale, ni provinciale, alors tout le monde est prêt à collaborer.

La Prestation nationale pour enfants en est un bon exemple. Le gouvernement fédéral et les provinces se sont entendus pour mettre sur pied un nouveau programme, et tout le monde a été félicité d'avoir pris la bonne décision. Des sommes importantes ont été versées à des gens qui en avaient besoin. Si le système avait été organisé de façon à ce que l'un des intervenants s'en voit attribuer tout le mérite, ça n'aurait pas marché.

Vous avez raison de dire que la réduction des dépenses qui résultera des investissements dans la santé de la population aura des retombées politiques positives, mais ces retombées profiteront aux successeurs de ceux qui auront pris des mesures. Étant donné que ce dossier se situe dans le long terme, il y aura inévitablement des gagnants et des perdants.

**Le sénateur Eaton :** Je ne comprends pas. C'est peut-être parce que je suis nouveau dans ce comité. On parle de dépenses, et bien sûr tout coûte de l'argent, mais je croyais qu'en ce qui concerne la santé des populations, c'était surtout une question d'éducation et d'information. Je ne peux pas obliger quelqu'un à cesser de fumer, mais je peux essayer de lui faire comprendre les raisons pour lesquelles il devrait cesser de fumer. La campagne antitabac a été un succès, et c'était essentiellement une campagne d'information.

We talk about costs, but maybe we should think more about information, education and support.

**Mr. Cappe:** Information is crucial in this matter, but even information costs a lot. When I was the deputy minister of the environment, in the 1995 budget we cut state-of-the-environment reporting. The program was only an information one, but it was an important information program. We had to make tough decisions, and we stopped the program. Information costs money.

**Senator Eaton:** Yes, but the anti-smoking campaign has reaped huge benefits, has it not?

**Mr. Cappe:** I agree with you. It is worth the cost.

**Mr. Mitchell:** I am in clear support of Mr. Cappe. Anti-smoking is an example of a federal program. The federal government provided the programming and paid the costs. It has been successful in the long term, and it does not involve, for example, asking the provinces to contribute potentially embarrassing statistics on 14 determinants of health.

One problem with making things too high profile, and having too much evidence and data on the table is that the provinces become embarrassed. They are reluctant to be embarrassed and they do not like providing information about what they are doing or not doing in ways that lead them to negative comparisons with other provinces.

In many of these determinants of health, some provinces have poor numbers, others have less poor numbers, but no one has great numbers. The provinces own much of the issue and do not like to be shown up by the federal government. The key is for the federal government to work with the provinces in a way that puts the focus on the issue and not on who is doing a poor job.

**Senator Eaton:** I cannot agree more. I see this approach more as a positive thing than as showing anyone up. I do not see it that way at all. I see it more as helping people.

**Senator Cook:** Thank you for coming here and for challenging my brain this morning.

We talk about public health, which is the health of the public. People do not know where to go, and we cannot show them. We have not talked about the cost of food. You can talk all you like about good health and good outcomes, but if a person cannot afford to buy the proper food, which is often the case, where do we go?

In the 1990s and a bit before that, my province of Newfoundland and Labrador was hit by a massive social problem, the collapse of the groundfish fishery. Wisdom prevailed in the government of the day, and they developed an IT program called Community Accounts. Have you heard of it?

**Mr. Cappe:** No.

On parle de dépenses, mais on devrait réfléchir davantage à tout ce qu'on peut faire grâce à l'information, à l'éducation et aux services de soutien.

**M. Cappe :** L'information est cruciale dans ce domaine, mais même ça, ça coûte cher. Quand j'étais sous-ministre de l'Environnement, nous avons supprimé, dans le budget de 1995, le rapport sur l'état de l'environnement. Ce n'était qu'un programme d'information, mais il était important. Nous devions à l'époque prendre des décisions difficiles, et nous avons décidé de supprimer ce programme, car il coûtait de l'argent.

**Le sénateur Eaton :** D'accord, mais la campagne antitabac a eu des résultats extraordinaires, n'est-ce pas?

**M. Cappe :** Je suis d'accord avec vous, c'est rentable.

**M. Mitchell :** Je suis tout à fait d'accord avec M. Cappe. La campagne antitabac est un exemple de programme fédéral, car c'est le gouvernement qui a conçu le programme et qui l'a financé. À long terme, ça a été un succès. De plus, on ne demandait pas, par exemple, aux provinces de fournir des statistiques potentiellement embarrassantes sur 14 déterminants de la santé.

Quand on donne trop de visibilité aux programmes, et qu'on fournit trop de faits et de preuves, vous mettez les provinces dans une situation embarrassante. Et elles n'aiment pas ça. Elles n'aiment pas qu'on leur donne des statistiques sur ce qu'elles font ou ne font pas, ce qui entraîne des comparaisons négatives avec d'autres provinces.

Pour beaucoup de ces déterminants de la santé, certaines provinces affichent de piétres résultats, d'autres ont des résultats un peu moins mauvais, mais aucune n'a des chiffres mirobolants. Dans ce domaine, ce sont les provinces qui sont les principales responsables, et elles n'aiment pas se faire donner des leçons par le gouvernement fédéral. La solution est donc que la collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces mette l'accent sur la substance du dossier, et pas sur ceux qui font du mauvais travail.

**Le sénateur Eaton :** Je suis entièrement d'accord avec vous. Selon moi, il faut mettre en valeur l'aspect positif de cette collaboration, plutôt que de donner des leçons aux autres. Pour moi, cela revient à de l'entraide.

**Le sénateur Cook :** Merci de comparaître devant nous aujourd'hui et de m'obliger à me triturer les méninges ce matin.

Nous parlons de santé publique, c'est-à-dire de la santé de la population. Les gens ne savent pas où aller, et on ne peut pas leur montrer. On a parlé du coût des aliments. On peut parler tant qu'on veut des avantages d'une saine alimentation, mais si quelqu'un n'a pas les moyens d'acheter les aliments qu'il faut, ce qui arrive souvent, que peut-on faire?

Dans les années 1990, et même un peu avant, ma province de Terre-Neuve et du Labrador a connu un grave problème social : l'effondrement de l'industrie de la pêche du poisson de fond. Heureusement, le gouvernement de l'époque a fait preuve de sagesse en mettant sur pied un programme informatique qui s'appelle Community Accounts. En avez-vous entendu parler?

**M. Cappe :** Non.

**Senator Cook:** This committee went to study the Community Accounts program. It was a comprehensive profile of the community including its resources, the age of people and what was available there. It is online at [www.communityaccounts.ca](http://www.communityaccounts.ca), and it is free, which is important. It is a Department of Finance program, and it is funded by the government. The government uses it as a blueprint not only for the determinants of health but how they apply. The stories are legion. I know the fellow well that ran the program. The government prepared the program and targeted a community. They said to the community, We want to come and make this presentation to the Chamber of Commerce. With apprehension, they made the presentation. They said to each other on the way out, We will be told, what does that crowd in St. John's know about what goes on here? They made their presentation, and it was well received. The people who heard it said: We did not know we were like that; there are some things there that we can do for ourselves that will not cost us any money. Therefore, an awareness was developed. That tool is free. It is used by whoever wants to use it.

I know it is a simplistic solution to a complex problem, but can that approach be a catalyst whereby we present that kind of a vision and create the awareness within the community at the local level?

The prime minister of the day will say, what are you talking about? I believe we must create awareness along the continuum. It is simple. That blueprint is there, and I ask you learned gentlemen to look at it. It has been used in Australia. They have taken it to Turkey. It is a success story. It is free, thanks to the generosity of my province, which reaped benefits because they looked at who they were, what they could do for themselves, and everyone bought into it.

**Mr. Mitchell:** That idea is terrific, and that is precisely the kind of tool and mechanism that can be useful for general application across the country, or in any jurisdiction that is prepared to take it up. It is great to hear that it is free. It costs money to use a tool like that effectively in communities, to populate the accounts with the right data about the health of those communities in all the ways you are talking about, and then to paint the picture and have people, whether at the community level or from the province, to go into communities and feed back to people. The idea is terrific. It will cost a bit of money, but that is no reason not to do it. My point is that if you have agreement in the province that you want to do take that approach, then the federal government can put money behind it.

**Senator Cook:** I reiterate that the tool is free. Who uses it? The public health nurse, the Department of Education and the community leaders use it as part of their ongoing mandate. It helps them perform their jobs. It does not cost anything other than the maintenance of the account. It is legislated into the

**Le sénateur Cook :** Notre comité est allé voir sur place comment fonctionne ce programme. Il consiste à dresser un profil détaillé de la collectivité, ses ressources, l'âge de ses habitants, ce qu'on y trouve, et cetera. On peut consulter ces profils en ligne à [www.communityaccounts.ca](http://www.communityaccounts.ca), ce qui est important. C'est un programme du ministère des Finances, qui est financé par le gouvernement. Celui-ci s'en sert non seulement pour mesurer les déterminants de la santé, mais aussi pour calculer leur impact. Je pourrais vous raconter toutes sortes d'histoires. Je connais bien le type qui dirigeait le programme. Le gouvernement a conçu le programme en ciblant une collectivité. Des fonctionnaires de St. John's sont allés sur place et ont demandé à faire un exposé à la Chambre de commerce. Ils éprouvaient une certaine appréhension, car ils craignaient que les habitants locaux ne leur reprochent de se mêler de leurs affaires. Finalement, leur exposé a été très bien accueilli. Les gens qui étaient présents ont dit qu'ils étaient surpris de voir que c'était là le portrait de leur collectivité, et d'apprendre qu'il y avait des choses qu'ils pouvaient faire pour eux-mêmes sans que cela leur coûte de l'argent. C'est ainsi qu'on a réussi à sensibiliser la population. Cet outil est gratuit, et n'importe qui peut l'utiliser.

Je sais que c'est une solution simpliste à un problème complexe, mais ce genre d'approche pourrait peut-être servir de catalyseur pour présenter une certaine vision et sensibiliser la collectivité au niveau local. Qu'en pensez-vous?

Le premier ministre nous demandera certainement des explications, mais je crois que nous devons sensibiliser les gens, pour le long terme. C'est simple, le modèle existe déjà, et je vous encourage, vous qui savez tant de choses, à le prendre en considération. C'est un modèle qui a déjà été utilisé en Australie, et même en Turquie. C'est une formule qui marche. C'est gratuit, grâce à la générosité de ma province, et les résultats en sont extrêmement positifs, car ils sont allés voir les gens, sur place, pour leur expliquer ce qu'ils pouvaient faire pour eux-mêmes. Et les gens ont embarqué.

**M. Mitchell :** C'est une idée épataante, et c'est précisément le genre d'outil ou mécanisme qu'on pourrait reproduire à l'échelle du pays, ou de toute juridiction qui est prête à l'adapter sur son territoire. C'est encore mieux si c'est gratuit, car normalement, il faut de l'argent pour que ce genre d'outil soit efficace, pour que les différents comptes contiennent des données exactes sur la santé des collectivités et tous les autres critères dont vous parlez, et pour finalement en arriver à un tableau de la situation qui puisse être présenté aux habitants de la collectivité afin de connaître leurs réactions. C'est vraiment une idée épataante. Ça coûtera certainement de l'argent, mais ce n'est pas une raison pour ne pas la mettre en œuvre. À mon avis, si une province accepte ce genre d'approche, le gouvernement fédéral pourrait allonger les fonds nécessaires.

**Le sénateur Cook :** Je répète que l'outil est gratuit. Qui l'utilise? Les infirmières de santé publique, le ministère de l'Éducation et les dirigeants communautaires s'en servent dans le cadre de leur mandat, car ça les aide à accomplir leur tâche. Il n'y a aucune dépense, sauf l'entretien du compte. Ce programme a été légitimé,

system. It is in the Department of Finance. It is written there forever. There are benchmarks, and the accountability is in the application of presenting it in the budget.

**Mr. Cappe:** It is free, but it does cost us. Someone must collect the data and put it on the website. The beauty of information is that when I read it, it does not prevent you from reading it. There is no exclusivity. One problem that Mr. Mitchell referred to is accountability. It used to be that the federal government liked to hold the provinces to account for the way they spent federal money. The provinces said they will not be accountable to the federal government. They will be accountable to their electors. They said, you give us the money, and we will be accountable to our electors for how we spend it.

Then they started to waiver a little, and in many of the health transfers, they backed off from that position. We went to a national system as opposed to a federal system, where the Canadian Institute for Health Information, CIHI, is intended to provide a lot of that information so the public can use it. The information is not community based, which is what you suggest, and exactly the way to go. You are right that that you want a community base. If you can disaggregate what CIHI is doing, you can provide that in a way that does not threaten the local community or the province.

**Senator Cook:** It is not threatening, because it teaches the community how well they are doing and who they are. If you are nosy, you can go on the Internet and find out how your community is faring this year as compared to last year. The information is free. The tool is an essential for the well-being of people. If you went to the prime minister of the day and said, Here are the benchmarks and the evidence-based information, what prime minister would not support evidence from people at a grassroots level?

**Mr. Mitchell:** That is a perfect example from my perspective of the kind of tool that governments, both federal and provincial, can use as a key ingredient of a comprehensive, national approach to addressing public health issues. That is community-level benchmarking, supported by good data and accessible technology. It is perfect.

**Senator Cook:** The first thing they look at is the price of groceries and the cost of delivering them to the consumer. If we believe that we are what we eat, we will never be a good and healthy citizen if an orange is \$1.49. Who can afford that?

**The Chair:** I want to expand on this point. It is truly interesting. This tool will be included in our report. We looked at this tool in detail. They give communities a green, yellow or red dot, depending on their state of well-being. The communities are not intimidated. They want to move from green to yellow to red. Therefore, the communities organized themselves with a sort of committee on the 12 or so determinants of health. They changed the nutrition programs in the schools. They changed some of the public education programs. They improved the public health

il relève de la responsabilité du ministère des Finances et il émarge à son budget.

**M. Cappe :** Vous dites que c'est gratuit, mais ça nous coûte quand même quelque chose. Il faut bien que quelqu'un recueille les données et les entre dans le site Web. La beauté de la chose, c'est que quand je lis l'information, ça ne vous empêche pas de la lire aussi. Il n'y a pas d'exclusivité. M. Mitchell a parlé de responsabilité. Il fut un temps où le gouvernement fédéral aimait bien que les provinces rendent des comptes sur la façon dont elles avaient dépensé l'argent qu'il leur avait donné. Mais un jour, elles décidèrent qu'elles ne voulaient plus rendre des comptes au gouvernement fédéral, seulement à leurs électeurs.

Ensuite elles ont commencé à tergiverser un peu, et, pour bon nombre des transferts en santé, elles sont revenues sur leur décision. C'est ainsi que nous avons opté pour un système national plutôt qu'un système fédéral, et l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, a pour vocation de mettre des informations à la disposition du public. Ces informations ne proviennent pas des collectivités, contrairement à ce que vous proposez, et c'est vous qui avez raison, car c'est la bonne solution. Il faut que les informations viennent des collectivités. En subdivisant les informations recueillies par l'ICIS, on pourrait fournir des informations aux gens d'une façon qui ne constituerait pas une menace pour la communauté locale ou la province.

**Le sénateur Cook :** Ce n'est pas menaçant puisque l'objectif est de montrer à la collectivité quels progrès elle a faits et où elle se situe exactement. Si vous êtes curieux, vous pouvez aller voir sur Internet les résultats de votre collectivité pour cette année, comparé à l'an dernier. Cette information est gratuite. Cet outil est essentiel pour le bien-être des gens. Si vous allez voir le premier ministre pour lui montrer les barèmes et les informations factuelles que vous utilisez, pourquoi ne serait-il pas en faveur d'un système alimenté par des données factuelles, provenant des collectivités elles-mêmes?

**M. Mitchell :** À mon avis, c'est exactement le genre d'outil que les gouvernements, qu'ils soient fédéral ou provincial, pourraient utiliser dans le cadre d'une approche nationale et globale de la santé publique au Canada. Les barèmes sont établis au niveau communautaire, les données sont factuelles et la technologie est accessible. C'est parfait.

**Le sénateur Cook :** La première chose qu'ils regardent, c'est le prix des aliments et le coût d'acheminement de ces aliments aux consommateurs. S'il est vrai que notre santé dépend de ce que nous mangeons, nous ne serons jamais en bonne santé si une orange coûte 1.49 \$. Qui peut se permettre des prix pareils?

**Le président :** J'aimerais poursuivre dans la même veine, car c'est très intéressant. L'outil en question sera inclus dans notre rapport, car nous l'avons examiné en détail. Les collectivités sont identifiées par une pastille verte, jaune ou rouge, selon leur niveau de bien-être. Et elles ne sont pas intimidées par de mauvais résultats; au contraire, elles sont motivées, elles veulent passer du vert au jaune et ensuite au rouge. Elles se sont organisées en comités pour ce qui est des 12 déterminants de la santé. Elles ont changé les programmes d'alimentation dans les écoles. Elles ont

programs. They improved the employment programs. They improved the housing programs. They move from green to yellow to red.

**Senator Cook:** If I might close with a story, when I was readying myself to go to my province, I did not understand the tool. I asked a lot of off-the-wall questions. I had a researcher who lives at home — she is English — and she said, Let me print out the information where you come from.

There are 13 zones, and my zone had nine communities. She said, Sit down and look at the resources. I looked at the community I was born in and still very much a part of. I said, you are wrong: The average income in that community should be less than mine. We argued back and forth. She said, Joan, you need to think. Then I realized there is a regional high school. Guess where all the teachers and employed people were living? Was I embarrassed? I think so. However, I was not intimidated by it, and I was not upset. That is how accurate the profiles of the communities are. If, as Senator Callbeck said, you bring the information from the individual up, the structure will take care of itself. That will come. I am less concerned about structure than I am about awareness.

**Mr. Mitchell:** If I may add one more point following on Senator Cook's point: If you give people that information in the way you have described — useful, accessible information in red, yellow, green, which is very important — you create an instant demand for action by local and provincial authorities to address the problems revealed by that information. Therefore, I strongly recommend that you not use a tool like that unless you are also ready to come in with remedial measures that communities themselves will demand. If you do not have those remedial measures, you create a big problem for yourself.

**Senator Cook:** That is my point. Where I come from, the public health nurse is a fixture there anyway, in a building and doing her work. She can do the work much more effectively when she knows the strengths and weaknesses of her population, so it is an investment and not a cost.

**Mr. Mitchell:** We agree entirely with you, senator. It is an investment and not a cost.

**The Chair:** We are deeply indebted to both of you for coming here this morning. I know you have a 12 o'clock deadline, and it is now 12 o'clock, so we will wrap up this meeting. We have a major round table coming up with all the data gurus. I sent you a copy of this information. They assure us that they can now wire this, especially with the infusion of \$500 million. If we can do this for Canadian society, maybe we can move population health up a few

modifié certains programmes d'éducation publique. Elles ont amélioré les programmes de santé publique. Elles ont amélioré les programmes d'emploi. Elles ont amélioré les programmes de logements. Résultat, elles sont passées du vert au jaune et ensuite au rouge.

**Le sénateur Cook :** Permettez-moi de conclure par une petite anecdote. J'essais d'utiliser l'outil pour avoir des informations sur ma province, mais je ne savais pas trop comment m'y prendre. Je posais toutes sortes de questions bizarres. Comme j'ai une chercheuse qui vit chez moi, qui est britannique, je lui ai demandé de m'aider et elle m'a proposé d'imprimer les renseignements concernant ma région.

Il y a 13 zones, et ma zone englobe neuf collectivités. Elle m'a dit de lire ce qui concernait les ressources. J'ai examiné les informations concernant la collectivité dans laquelle je suis née et dont je fais encore partie, et je lui ai dit que les informations étaient fausses, que le revenu moyen devrait y être inférieur au mien. Nous avons discuté pendant un moment puis elle m'a dit : « Joan, réfléchissez un peu ». C'est là que je me suis rendu compte qu'il y avait une école secondaire régionale, et devinez où tous les professeurs et autres personnels de l'école habitaient? Est-ce que cela m'a embarrassée? Sans doute. Mais cela ne m'a certainement pas intimidée ou choquée. Tout ça pour vous dire que les profils de ces collectivités sont très précis. Si, comme l'a dit le sénateur Callbeck, vous faites monter l'information à partir de l'individu, le système s'alimente tout seul. Ça viendra. Le système me préoccupe moins que la sensibilisation de la population.

**M. Mitchell :** Permettez-moi d'ajouter une dernière chose à ce qu'a dit le sénateur Cook. Si on met à la disposition du public des informations qui, comme vous l'avez décrit, sont des informations utiles et accessibles, en rouge, en jaune ou en vert, ce qui est très important, la population concernée va immédiatement faire des pressions sur les responsables locaux et provinciaux pour qu'ils corrigent les problèmes mis au jour par ces informations. Par conséquent, je vous recommande fortement de ne pas utiliser ce genre d'outil si vous n'êtes pas prêts à donner aux collectivités les mesures correctrices qu'elles demandent.

**Le sénateur Cook :** C'est ce que je voulais dire. Dans la collectivité d'où je viens, l'infirmière est une institution; elle a un bureau, elle fait son travail, et ce travail, elle le fait de façon encore plus efficace lorsqu'elle connaît les forces et les faiblesses de la population qu'elle dessert. C'est donc un investissement, et pas un coût.

**M. Mitchell :** Nous sommes entièrement d'accord avec vous, sénateur. C'est un investissement, et pas un coût.

**Le président :** Nous vous sommes infiniment reconnaissants d'être venus ce matin. Je sais que vous devez partir à midi, et il est midi. Nous allons donc mettre un terme à cette réunion. Nous allons avoir une importante table ronde, avec tous les gurus des données. Je vous ai envoyé un exemplaire de ce document. Ils m'ont assuré qu'ils pouvaient maintenant l'envoyer par Internet, surtout depuis l'apport de 500 millions de dollars. Si nous

notches in the foreseeable future. I thank you for taking time out of your busy agendas. We needed to hear from you at this point in time.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, March 5, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:45 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[English]

**The Chair:** Honourable senators, we have an important hearing this morning on intergovernmental and intersectoral collaboration for population health. We will get started right away with Neil Bradford from the University of Western Ontario, who has written extensively on this subject. Without further ado, Mr. Bradford, we would like to hear your presentation.

**Neil Bradford, Associate Professor, Political Science, Huron University College, University of Western Ontario:** It is a pleasure to join your group for these important deliberations on population health matters. My brief remarks today will be perhaps a bit broader in terms of setting a context for thinking about governance and policy development in this field, perhaps in a sense setting a framework for some of the more focused presentations that will follow. I would like to highlight five themes here, as set out on the slide show, related to what has come to be known as place-based, community-driven approaches to public policy and population health. These five themes are identifying some of the new policy knowledge; discussions of a new policy model or innovation framework; some of the comparative experience with these approaches in the European and American contexts; suggest to you that Canada is now at a moment where we can learn and take advantage of some of the work that has been done in other jurisdictions; and then some brief ideas about moving forward.

In terms of this context and the new policy knowledge, the interest in place-based, community-driven approaches really reflects a growing awareness and understanding of so-called wicked policy problems, those that are complex, deep-rooted, interwoven, territorially-specific and beyond the reach of any single actor to solve. Some major research streams are converging around this understanding of wicked problems and what the policy implications are. I am highlighting three for us: the social determinants of health, work on neighbourhood effects and

pouvons faire cela pour la société canadienne, nous réussirons peut-être à améliorer un tantinet la santé de la population dans un avenir pas trop lointain. Je vous remercie d'avoir pris le temps de venir nous voir, car je sais que vous êtes très occupés. Nous avions besoin de discuter avec vous, à cette étape de notre rapport.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 5 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, pour étudier, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé.

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Honorable sénateurs, nous tenons ce matin une audience importante sur la collaboration intergouvernementale et intersectorielle dans le domaine de la santé des populations. Nous allons commencer tout de suite par Neil Bradford, de l'Université Western Ontario, qui a écrit beaucoup de choses sur le sujet. Sans plus tarder, monsieur Bradford, nous sommes prêts à écouter votre exposé.

**Neil Bradford, professeur agrégé de sciences politiques, Collège universitaire Huron, Université de Western Ontario :** Je suis heureux de me joindre à votre groupe et de participer à ces importantes délibérations sur les enjeux touchant la santé des populations. Les brèves observations que je vais formuler aujourd'hui sont peut-être assez générales et destinées à établir un contexte de réflexion au sujet de la gouvernance et de l'élaboration de politiques, dans ce domaine, et elles constitueront peut-être en un sens un cadre pour les exposés sur des sujets plus particuliers. J'aimerais vous présenter cinq thèmes, qui sont ceux du diaporama et qui ont trait à ce qu'on appelle maintenant les façons d'aborder la dimension locale et communautaire des politiques publiques et de la santé des populations. Ces cinq thèmes sont les suivants : les nouvelles connaissances en matière de politiques, les débats sur un nouveau modèle de politiques ou un nouveau cadre d'innovation, une comparaison des expériences faites avec ces approches dans les contextes européen et américain... Je vais vous dire que je pense que le Canada se trouve dans une situation où nous pouvons tirer parti du travail qui a été fait ailleurs, puis je vais vous présenter brièvement des idées pour l'avenir.

Pour ce qui est du contexte et des nouvelles connaissances en matière de politiques, l'intérêt que suscitent les approches à dimension locale et communautaire témoigne d'une conscience et d'une compréhension de plus en plus grandes des problèmes de politique complexes, profonds, étroitement liés, spécifiques au territoire et qui ne peuvent être réglés par un seul acteur. Certains grands sujets de recherche convergent vers la compréhension des problèmes complexes et des répercussions sur le plan des politiques. J'en cite trois pour notre discussion : les

area-based empowerment. Each of these bodies of research suggests not only how the problems are increasingly spatially concentrated but also how they require community involvement and engagement in order to make progress.

The Harcourt report on cities and communities really summarized the essential message here: We need locally appropriate solutions to issues of national consequence playing out at the local level. The recent Ontario Report on the Roots of Youth Violence reinforced and elaborated this message on the importance of the place-based, community-driven policy strategies.

In terms of some of the features of this new policy approach, there is a strong consensus in the research literature that this strategy brings together governments and communities in a new and different relationship beyond the traditional categories of centralization and decentralization toward thinking about horizontal and vertical collaboration for multi-level, joined-up decision making focused on strategic outcomes that cross individual mandates but align priorities. Involved as well is a harnessing of the kind of local knowledge that is available at the community scale, leveraging those networks and assets for problem solving and improved policy-making and thinking about preventative, upstream investments to deal with root causes as well as promote longer-term well-being.

There is the concept of working with and through often quite innovative local governance bodies or collaborations, such as community hubs. Certainly in the population health field we have seen across the provinces a variety of regionally based collaborative arrangements, such as the local health integration networks in Ontario and the federal Community Action Program for Children and so forth.

I would go further to say that when we look at the progress on this community-based model, over the past two decades we have seen some really interesting developments across the countries in the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, that are seeking to test out and institutionalize these kinds of strategies. There are two countries that serve as interesting reference points for Canadian policy communities as we move forward: England and the United States. They are notable for the particular pathways that each has followed in moving on the community-driven, place-based community approach.

In England, we have seen an extensive investment in what is known as joined-up government, the National Strategy for Neighbourhood Renewal, the Social Exclusion Unit linked to local strategic partnerships — a whole range of government

déterminants sociaux de la santé, les travaux sur les effets du voisinage et l'habilitation fondée sur les atouts. Chacun de ces ensembles de travaux de recherche décrit non seulement la façon dont les problèmes sont de plus en plus concentrés aux mêmes endroits, mais également les raisons pour lesquelles la participation et l'engagement communautaires sont nécessaires pour faire des progrès.

Le rapport Harcourt sur les villes et les collectivités résume vraiment bien le message essentiel que j'essaie de faire passer ici : il convient de trouver des solutions adaptées aux problèmes à dimension locale ayant des conséquences nationales. Un rapport paru récemment en Ontario et intitulé Rapport sur les causes de la violence chez les jeunes renforce et précise ce message sur l'importance des stratégies à dimension locale et communautaire.

Pour ce qui est des caractéristiques de cette nouvelle approche en matière de politiques, il y a un fort consensus dans la documentation de recherche quant au fait que cette stratégie réunit les gouvernements et les collectivités dans une relation nouvelle et différente, au-delà des catégories de la centralisation et de la décentralisation du passé, et vers une réflexion sur la collaboration horizontale et verticale visant une prise de décisions conjointe et à plusieurs niveaux, axée sur les résultats stratégiques qui transcendent les mandats individuels, mais s'inscrivent dans le cadre de priorités communes. Il y a aussi l'idée de tirer parti du genre de connaissance à dimension locale qui est accessible à l'échelle communautaire, de tirer parti de ces réseaux et atouts pour régler les problèmes et pour améliorer le processus d'élaboration des politiques et de réfléchir à des investissements préventifs, en amont, pour s'attaquer aux causes fondamentales et promouvoir le mieux-être à long terme.

Il y a l'idée de travailler avec des organes de gouvernance locaux souvent assez novateurs et dans le cadre de collaborations du genre, comme des carrefours communautaires. Assurément, dans le domaine de la santé des populations, nous avons vu dans toutes les provinces toutes sortes d'ententes de collaboration régionales, notamment les réseaux d'intégration des services de santé locaux en Ontario et le Programme d'action communautaire pour les enfants du gouvernement fédéral.

J'irais plus loin et j'ajouterais que, lorsque nous examinons les progrès réalisés quant à ce modèle communautaire, au cours des deux dernières décennies, nous avons été témoins d'une chose vraiment intéressante dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE, qui cherchent à mettre à l'essai et à institutionnaliser ce genre de stratégies. Il y a deux pays qui peuvent nous servir de points de référence intéressants pour ce qui est des milieux d'élaboration de politiques du Canada dans l'avenir : l'Angleterre et les États-Unis. Ils se distinguent par la voie qu'ils ont suivie pour l'adoption d'approches à dimension communautaire et locale.

En Angleterre, nous avons été témoins d'un investissement important dans ce qu'on appelle le gouvernement décloisonné, la National Strategy for Neighbourhood Renewal, la Social Exclusion Unit en lien avec des partenariats stratégiques à

structures to try to address these localized problems in a more collaborative way.

The research and evaluation literature is interesting with respect to the English approach. There has been clear acknowledgement that the U.K. has elaborated a national and comprehensive model, although in some sense it may be too top-down and prescriptive in the way it deals with local communities, and that there has been a centralization of the indicator and target or outcome process that has limited discretion and creativity at the local level.

One might summarize to say that in the British case they have been very good at the horizontal dimension of relationship-building and less robust in their approach to the vertical community-building side of things.

The United States is, in a sense, the mirror image of that English model. With community building, there is a long history in the United States through things like community development block grants, community empowerment programs, the work of national foundations, building a community-based infrastructure for joining up. The strength of the local and decentralized approach in the United States also has the consequence of perhaps being a bit too bottom-up and fragmented, and many of the community-based actors are situated in the absence of a broader supportive national policy framework that leaves communities trying to go it alone.

You might summarize that the American experience has been stronger on the vertical relationships down to community level but less robust in framing them through supportive national horizontal policies.

Where does Canada fit? The literature or consensus seems to be that in Canada we have been a bit ad hoc and lagging — slow to start, if you like, in embracing these innovations.

The literature identifies a variety of important obstacles or challenges on the intergovernmental front in terms of the relationships between federal, provincial and territorial governments that remain difficult and contested — a bureaucratic culture that is characterized as vertical departmentalism that is rooted in important ministerial accountabilities but is still a kind of barrier to this sort of collaborative work, and then a hierarchical policy culture as well that has limited community and municipal capacity and engagement with local actors, not giving them that seat at the table.

In comparison to England and the United States, it is fair to summarize that Canadian progress has been quite modest. I would add that a tremendous amount of research has been done on issues like horizontality and collaboration across departments, but that has not really translated into a national framework for policy activity. I would suggest here that there is a kind of latecomer's advantage that now presents itself to Canadian policy

l'échelle locale — tout un éventail de structures gouvernementales visant à régler ces problèmes locaux de façon davantage axée sur la collaboration.

La documentation de recherche et d'évaluation est intéressante en ce qui a trait à l'approche anglaise. Le modèle du Royaume-Uni a été reconnu comme étant un modèle national complet, même si, en un sens, il est peut-être trop vertical et normatif dans la façon d'aborder les collectivités, et même si une centralisation de l'indicateur et de l'objectif ou du processus d'obtention des résultats a limité la liberté de manœuvre et la créativité à l'échelle locale.

On pourrait résumer en disant que les Britanniques ont très bien réussi quant à la dimension horizontale de l'établissement de liens et qu'ils ont été moins solides dans leur façon d'aborder le volet vertical du renforcement communautaire.

Les États-Unis, en un sens, sont l'image inversée du modèle anglais. Les États-Unis ont une longue tradition de renforcement communautaire, avec des choses comme les community development block grants, les programmes d'habilitation des collectivités, le travail des fondations nationales, l'établissement d'une infrastructure communautaire pour la mise en commun. La force de l'approche locale et décentralisée des États-Unis a eu également pour conséquence qu'elle est peut-être un peu trop ascendante et fragmentée, et bon nombre des intervenants communautaires ne profitent pas du soutien d'un cadre stratégique national élargi, ce qui fait que les collectivités essaient de se débrouiller par elles-mêmes.

On pourrait résumer en disant que l'expérience américaine a été plus fructueuse sur le plan des relations verticales vers les collectivités, mais qu'elle a été moins concluante pour ce qui est d'inscrire ces relations dans le cadre de politiques nationales et horizontales pouvant les appuyer.

Où se situe le Canada à cet égard? D'après la documentation, le consensus semble être que, au Canada, nous avons eu tendance un peu trop à adopter ces innovations à la pièce et en retard — nous avons connu un départ lent, si vous voulez.

La documentation relève toutes sortes d'obstacles importants ou de problèmes sur le front intergouvernemental pour ce qui est des relations entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, qui demeurent difficiles et contestées — une culture bureaucratique qui se caractérise par une vision ministérielle verticale qui s'enracine dans les importantes responsabilités ministérielles, mais qui demeure une espèce d'obstacle à ce genre de travail de collaboration, puis une culture de hiérarchie dans le domaine des politiques aussi, qui a limité la capacité des collectivités et des municipalités et la participation des intervenants locaux, qui n'ont pas pu prendre part au débat.

Comparativement, à l'Angleterre et aux États-Unis, il est juste de dire pour résumer que les progrès réalisés par le Canada ont été assez modestes. J'ajouterais qu'enormément de travaux de recherche ont été faits sur des questions comme l'horizontalité et la collaboration entre les ministères, mais que ceux-ci n'ont pas vraiment donné lieu à la création d'un cadre national pour les activités d'élaboration des politiques. Je vous dirais qu'il y a un

communities. We can learn from others about trying to find that appropriate mix of top-down and bottom-up policy models, balancing local flexibility with national accountability.

We can certainly learn from our own ongoing experiments, and I have listed a few of these here that are quite exemplary. We can learn from our own broader pan-Canadian political frameworks that have been initiated in the past few years.

I would say by way of summary with these points that all of these initiatives in some measure and in varying degrees are trying to find framework agreements for governance structures that will identify strategic outcomes, roles and responsibilities; are trying to find ways to integrate service delivery at the community level; are trying to find ways to pool funding and develop contribution agreements that focus the commitments of different departments; are trying to develop standardized reporting relationships for community actors in the different departments involved; and, in turn, are working on shared accountability frameworks and evaluation processes. This is not to say that any of these experiments or models underway in Canada have put the package together, but there are certainly important lessons to draw from these various innovations that are underway and experiments in our own jurisdiction.

I suggest that, as we move forward to think about possibilities for learning from these ongoing experiences, thinking about appropriate accountability and evaluation frameworks that, as I put here, are patient and shared, respecting the complexity and the longer-term nature of this sort of policy work, we learn to leverage more our success stories, finding out what works best so that we are not left with a series of one-off, short-term pilot initiatives but are identifying those practices and innovations that work and ought to be more fully integrated into our policy approaches.

Then there is this linking, building our knowledge cumulatively across these different experiences, working on knowledge transfer across the different sites of localized collaborative policy-making, to foster a community of Canadian research and practice. The other two jurisdictions I mentioned are quite a way ahead of us on this. In the United Kingdom, the Academy for Sustainable Communities was created to bring together the different actors in this collaborative policy work. In the United States there has been a long history of national foundations that have done similar kinds of intensive action research and have disseminated knowledge about what the most appropriate institutions and strategies would be.

genre d'avantage du retardataire dont peuvent maintenant tirer parti les milieux d'élaboration des politiques du Canada. Nous pouvons apprendre des choses des autres pour ce qui est d'essayer de trouver le bon amalgame de modèles de politiques, descendants et ascendants, l'équilibre entre une certaine marge de manœuvre à l'échelle locale et l'obligation de rendre des comptes à l'échelle nationale.

Nous pouvons assurément tirer des leçons des expériences que nous sommes en train de faire, et j'ai établi la liste de quelques-unes d'entre elles qui sont assez exemplaires. Nous pouvons apprendre des choses en examinant nos propres cadres pancanadiens d'élaboration de politiques ayant été mis au point au cours des dernières années.

Je dirais, pour résumer ces idées, que toutes ces initiatives visent dans une certaine mesure et à des degrés divers à conclure des ententes cadres en ce qui concerne les structures gouvernementales qui préciseront les résultats stratégiques, les rôles et les responsabilités, qu'elles visent à trouver des façons d'intégrer la prestation des services à l'échelle communautaire, qu'elles visent à trouver des façons de mettre le financement en commun et d'élaborer des accords de contribution axés sur les engagements des différents ministères, qu'elles visent à établir un mécanisme normalisé de reddition de comptes pour des intervenants communautaires des différents ministères concernés, et que, en retour, on travaille à l'élaboration de cadres de responsabilisation et du processus d'évaluation commun. Je ne dis pas que ces expériences ou ces modèles dont l'application est en cours au Canada ont tout mis ensemble, mais il y a certainement des leçons importantes à tirer de ces différentes innovations qui sont en cours et de ces expériences qui se déroulent chez nous.

Je pense que, en adoptant l'idée de réfléchir aux possibilités de tirer les leçons de ces expériences en cours, de réfléchir aux cadres de reddition de comptes et d'évaluation adéquats qui, comme je le dis ici, sont patients et communs, en respectant la complexité de ce genre de travail d'élaboration de politiques et le fait que c'est un travail à long terme, nous apprenons à mieux tirer parti de nos réussites, à trouver ce qui fonctionne le mieux de façon à ne pas finir avec une série d'initiatives pilotes ponctuelles et à court terme, et plutôt de déterminer les pratiques et les innovations qui fonctionnent et qui doivent être intégrées plus pleinement à nos démarches en matière d'élaboration de politiques.

Ensuite, il y a cet établissement de liens, cette construction de notre savoir de façon cumulative par ces différentes expériences, le travail de transfert des connaissances entre différents lieux où s'élaborent des politiques en collaboration, la promotion d'un milieu canadien de la recherche et de la pratique. Les deux autres pays dont j'ai parlé sont bien en avance sur nous à cet égard. Au Royaume-Uni, l'Academy for Sustainable Communities a été mise sur pied pour rassembler les différents intervenants qui font ce travail d'élaboration de politiques en collaboration. Aux États-Unis, il y a une longue tradition de fondations nationales qui font le même genre de travail de recherches intensives sur les mesures à prendre et qui diffusent des connaissances sur les meilleures institutions à créer et les meilleures stratégies à adopter.

I would close then with thinking about these issues in terms of leadership and more broadly with respect to Canada's moving forward, and that we recognize that there is an important federal leadership role that we can think about here. In these place-based, community-driven approaches, responsibilities are shared across numerous jurisdictions and sectors. They do play out in a whole host of places from the smallest rural communities to some of the larger neighbourhoods in our urban centres. No single actor owns the problem, but there is a need at this point for the kind of national leadership that can move things forward.

I would suggest here that much of the substantive policy work will be done at the provincial level when we think about these sorts of complex, wicked social policy challenges. That is where the jurisdiction does reside, but that is not to say that there is not still a need for this kind of catalytic convening and coordinating role. The great opportunity for the federal government is to demonstrate that kind of leadership and work on these integrative opportunities.

I would close by noting that in the context of the current economic situation where there will be a substantially larger amount of money in the context of a stimulus package flowing out to cities and communities, these lessons may be increasingly important because there will have to be capacity on the ground to receive these funds and work in creative and constructive ways to roll out programs and, in turn, put in place frameworks to be able to assess and account for those monies.

This agenda speaks to our current challenges.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Bradford. That is highly relevant. We will dig into that in some depth a little later.

Perhaps we can move on to Trevor Hancock, who has written extensively about population health, and in particular organizations at the community level, where we can get some of our thinking to the ground.

**Dr. Trevor Hancock, Health Promotion Consultant, as an individual:** It is a pleasure and an honour to be here. I did write a fairly extensive response to your fourth report, which I believe you got back in the summer, and I am hoping you got the speaking notes I put together for this morning. I will not go through everything that is here because it would take me more than the five to seven minutes I have. In many ways, my speaking notes reiterate, strengthen and focus what I said in my response back in the summer.

There are three areas I would like to explore. I noticed your interest in framing today's discussion in mechanisms, models and principles. I wish to start with three principles and explore each of those briefly.

Je terminerais donc en réfléchissant à ces questions sur le plan du leadership et, de façon plus générale, en ce qui concerne l'avenir du Canada, et en disant que nous pouvons réfléchir ici à un important rôle de leadership que le gouvernement fédéral pourrait jouer. Dans ces approches à dimension locale et communautaire, les responsabilités sont partagées par de nombreuses administrations et de nombreux secteurs. Ces approches sont appliquées dans toutes sortes d'endroits, des plus petites collectivités rurales aux plus gros quartiers de nos centres urbains. Le problème n'est celui d'aucun intervenant en particulier, mais ce genre de leadership national pouvant faire bouger les choses est nécessaire en ce moment.

Je vous dirais qu'une grande partie du travail de fond d'élaboration des politiques se fera à l'échelle provinciale, lorsque nous pensons à ce genre de problèmes complexes sur les plans social et d'élaboration des politiques. C'est le champ de compétence des provinces, mais ça ne veut pas dire qu'il n'existe pas un rôle de catalyseur et de coordination. L'occasion importante qui s'offre au gouvernement fédéral, c'est de faire preuve de ce genre de leadership et de travailler à ces possibilités d'intégration.

Je termine en disant que, compte tenu de la situation économique actuelle, qui fera en sorte que pas mal plus d'argent que d'habitude sera versé aux villes et aux collectivités, dans le contexte d'une série de mesures de stimulation de l'économie, ces leçons peuvent devenir de plus en plus importantes, parce que, sur le terrain, les gens auront la capacité de recevoir ces fonds et de travailler de façon créative et constructive au déploiement des programmes, et, en retour, d'instaurer des cadres pour avoir accès à cet argent et pour pouvoir rendre des comptes à cet égard.

Ce programme permet de régler les problèmes auxquels nous sommes actuellement confrontés.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Bradford. Vos propos sont très pertinents. Nous allons approfondir ces questions tout à l'heure.

Peut-être pouvons-nous céder la parole à Trevor Hancock, qui a écrit beaucoup de choses sur la santé des populations, et surtout sur les organisations communautaires, où nos réflexions peuvent être appliquées.

**Dr Trevor Hancock, consultant en promotion de la santé, à titre personnel :** C'est un plaisir et un honneur d'être ici. J'ai effectivement écrit une réponse assez longue à votre quatrième rapport, que vous avez reçu au cours de l'été, je pense, et j'espère que l'on vous a remis les notes d'allocution que j'ai préparées pour la séance de ce matin. Je ne vais pas aborder tout ce qu'il y a dans ces notes, parce que j'aurais besoin de plus que les cinq ou sept minutes qui me sont accordées. À de nombreux égards, mes notes réitèrent, renforcent et précisent ce que j'ai dit dans la réponse que j'ai rédigée au cours de l'été.

J'aimerais aborder trois questions. J'ai remarqué que vous étiez intéressé à inscrire la discussion d'aujourd'hui dans le cadre de mécanismes, de modèles et de principes. Je voudrais commencer par trois principes et parler brièvement de chacun d'entre eux.

The first principle is that people must be at the centre. I have given speeches that I have called “It’s the people, stupid.” which is a takeoff on the famous Bill Clinton presidential campaign quote, “It’s the economy, stupid.” My response at the time was always no, it is not about the economy; it is about people. People must be at the centre.

The second principle is that we are all in this together. There are costs that everyone in society bears when we do not do a good job of human development and improving population health, and there are benefits that everyone shares when we do a good job of it.

The third principle picks up on some of the topics that Mr. Bradford addressed, which is that community matters and place matters. Fundamentally, we need to address these issues in the places where people live, learn, work and play, which is the guiding principle behind the healthy cities and communities movement that I was involved in developing back in the early 1980s. As Senator Eggleton knows, we did some pioneering work in Toronto when he was mayor, which continues to this day.

First, in terms of people being at the centre, I would argue that the *raison d'être* should be — not necessarily is, but should be — human development, that we should be in the business of developing people. How do you develop human capacity, human ability and human potential? How do you develop people? That is the business we should be in at all levels of government, whether federal, provincial, territorial, municipal or Aboriginal.

I have come over the years to shift my focus to a broader picture, not just of population health but to locate population health within an even broader paradigm of human development, and that is what we are about. Issues such as social and economic development have, as their purpose, human development. It is not about developing the economy. It is about developing society, but really the purpose of that, again, is the development of individual people.

I am sure we will discuss these topics later, but one of the mechanisms that occurs to me is the notion of ministers or departments of human development. It is quite strange that we do not have cabinet committees, for the most part, on human development. We have cabinet committees on economic development, on resource and sustainable development and on social development, but not on the development of people.

There is the idea of some sort of national council or commission that would bring together national leadership. By “national,” I mean the various jurisdictions — federal, provincial,

Le premier principe, c'est que les gens doivent être au centre de l'attention. J'ai présenté des allocutions que j'ai appelées « Ce sont les gens, idiot », ce qui est une variante du fameux « C'est l'économie, idiot » lancé par Bill Clinton pendant la campagne présidentielle. Ma réponse, à l'époque, c'était toujours non, ce n'est pas l'économie, ce sont les gens. Les gens doivent être au centre des préoccupations.

Le deuxième principe, c'est que nous sommes tous dans le même bateau. Il y a des coûts que tous les membres de la société paient lorsque nous ne faisons pas un bon travail au chapitre du développement humain et de l'amélioration de la santé des populations, et il y a des avantages dont tout le monde profite lorsque nous faisons du bon travail.

Le troisième principe reprend certains des thèmes que M. Bradford a abordés, c'est-à-dire que la collectivité et l'endroit sont des choses importantes. Essentiellement, nous devons aborder ces problèmes là où les gens vivent, apprennent, travaillent et s'amusent, ce qui est le principe directeur du mouvement des villes et des collectivités saines que j'ai contribué à créer au début des années 80. Comme le sénateur Eggleton le sait, nous faisions un travail novateur à Toronto à l'époque où il était maire, et ce travail se poursuit encore aujourd'hui.

Tout d'abord, pour ce qui est de la place centrale qu'occupent les gens, je dirais que la raison d'être, ça devrait être — ce n'est pas nécessairement le cas, mais ça devrait — le développement humain, c'est-à-dire que nous devrions nous occuper de favoriser le développement des gens. Comment s'y prendre pour favoriser l'accroissement de la capacité humaine, des aptitudes humaines et du potentiel humain? Comment fait-on pour faire en sorte que les gens se développent? C'est de ça que nous devrions nous occuper dans toutes les administrations, que ce soit le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux, territoriaux ou autochtones ou encore les administrations municipales.

Au fil des ans, j'en suis venu à envisager les choses de façon plus générale, pas seulement du point de vue de la santé des populations, et à inscrire la santé des populations dans le cadre du paradigme plus général du développement humain, et c'est ça, notre but. Les questions de développement social et économique ont pour objectif le développement humain. Il ne s'agit pas de la croissance économique. Il s'agit de l'avancement de la société, mais l'objectif véritable de ça, encore une fois, c'est le développement individuel.

Je suis sûr que nous allons revenir sur ces thèmes plus tard, mais l'un des mécanismes qui me viennent à l'esprit, c'est l'idée de ministres ou de ministères du développement humain. C'est assez bizarre qu'il n'y ait pas, dans la plupart des cas, de comité du Cabinet sur le développement humain. Il y a des comités du Cabinet sur la croissance économique, sur l'exploitation des ressources, sur le développement durable et sur le développement social, mais il n'y en a pas sur le développement des gens.

Il y a l'idée d'une espèce de conseil ou de commission nationale qui réunirait les organisations jouant un rôle avant-plan à l'échelle nationale. Par « nationale », j'entends les différentes

territorial and municipal — but also the private sector, the NGO sector and the community sector.

One of the ideas Mr. Bradford spoke about concerning human development and cross-government policy is the notion of conducting human impact assessments. Again, we conduct economic impact assessments and sometimes social and environmental impact assessments, but for some reason we do not conduct health impact assessments or, even more broadly, human impact assessments.

Some of the processes involved in conducting these assessments include explicit human development plans with goals and targets, and reporting back, in relation to some of the accountability issues that Mr. Bradford spoke about regarding reporting back on human development. At a national level, we need that big, overarching framing and leadership around human development and population health.

My second principle, as I said, is that we are all in this together, whether we are talking about government or private sector, or community or municipal. There are benefits that we all share in from better human development — to begin with, healthier, happier people; less pain and suffering; healthier communities; fewer social costs; and improved productivity.

The role of the private sector here is interesting. I commend the Conference Board of Canada on its recent report *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits*, which begins to look at why the private sector should be looking at and investing in population health and the determinants of health. That is very positive.

Tied to that is a notion from years ago, back in 1984. For the centennial of the Toronto Board of Health, we organized a conference called "Beyond Health Care." Senator Eggleton was present as the Mayor of Toronto. We began to talk about the notion of healthy public policy.

In more recent years, I have also come to talk about the notion of healthy private policy — issues like portion size, which is an important issue around obesity and the amount of food we are offered and then eat. I cannot see governments stepping in and starting to regulate portion size. I think that will remain a private policy. How do you then work within the food sector to make that a healthier private policy than it currently is, which is that bigger is better and more is good?

To see us as all being in it together, the notion of multi-sectoral leadership groups applies. I mentioned the idea of some sort of national commission or council on human development and population health.

administrations — fédérale, provinciales, territoriales et municipales —, mais également le secteur privé, le secteur des ONG et le secteur communautaire.

L'une des idées dont M. Bradford a parlé au sujet du développement humain et des politiques intergouvernementales, c'est celle d'effectuer des évaluations des répercussions sur les gens. Encore une fois, nous procémons à des évaluations de retombées économiques, et, parfois, des répercussions sociales et environnementales, mais, pour une raison ou pour une autre, nous n'effectuons pas d'évaluations des répercussions sur la santé, ou, de façon encore plus générale, d'évaluations des répercussions sur les gens.

Parmi les processus qui font partie de ces évaluations, il y a l'établissement de plans de développement humain assortis de buts et de cibles, et la reddition de comptes, ce qui est lié à certaines des questions abordées par M. Bradford en ce qui concerne la reddition de comptes sur le développement humain. À l'échelle nationale, nous avons besoin de ce grand cadre englobant et d'un leadership important pour ce qui est des questions touchant le développement humain et la santé des populations.

Mon deuxième principe, comme je l'ai dit, c'est que nous sommes tous dans le même bateau, qu'on parle du gouvernement ou du secteur privé, ou encore des collectivités ou des municipalités. Il y a des avantages pour tous à accroître le développement humain — tout d'abord, les gens sont en meilleure santé et plus heureux, il y a moins de douleurs et de souffrances, les collectivités sont plus en santé, il y a moins de coûts sociaux, et la productivité est accrue.

Le rôle du secteur privé à cet égard est intéressant. Je félicite le Conference Board du Canada du rapport qu'il a publié récemment, *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits*, qui entame une réflexion sur les raisons pour lesquelles le secteur privé devrait s'intéresser à la santé des populations et aux déterminants de la santé et investir dans ce domaine. C'est quelque chose de très positif.

En lien avec ça, il y a une idée qui remonte à des années, à 1984, en fait. Pour le centième anniversaire du Toronto Board of Health, nous avons organisé une conférence intitulée « Beyond Health Care ». Le sénateur Eggleton y a participé à titre de maire de Toronto. Nous avons commencé à parler à ce moment-là de l'idée de politiques publiques saines.

Plus récemment, j'en suis aussi venu à parler de l'idée de politiques privées saines — des choses comme la taille des portions, qui est une question importante par rapport à l'obésité et à la quantité de nourriture qu'on nous offre et que nous absorbons. Je ne pense pas que les gouvernements pourraient intervenir et commencer à décider des portions de nourriture. Je pense que ça va demeurer une politique privée. Dans ce cas, comment faire, dans le secteur de l'alimentation, pour remplacer la politique actuelle, c'est-à-dire que plus la portion est grosse, mieux c'est, par une politique privée plus saine?

Vu que nous sommes tous dans le même bateau, l'idée de groupes de leadership multisectoriels s'applique. J'ai mentionné l'idée d'une espèce de commission nationale ou de conseil national sur le développement humain et la santé des populations.

I was impressed by the work that went into the Premier's Councils in Ontario back in the late 1980s and early 1990s that tried to bring together health, economic and environmental factors. It was an interesting model. The councils were chaired by the premier. A third of the members were ministers, a third were from the sector that was the focus and a third were civic leadership across sectors. It was an interesting model of how to bring those elements together.

Our all being in it together is also about community participation and democracy. Some years ago, soon after the Iron Curtain came down, we did work, funded by the Danish Democracy Fund, on how to do healthy city work in Eastern Europe. The Danish Democracy Fund funded the work because they understood that learning how to make a city healthier was also learning about democracy. There is a strong community-based, participatory democratic process to this.

I will quickly highlight my final point, because I realize time is short. Community matters and place matters. In health promotion, we have what we call the settings approach. If you want to improve population health, you have to deal with it in the settings where people lead their lives: homes, schools, workplaces, hospitals and neighbourhoods.

In my notes I have laid out another notion — I will not speak to it in any detail now — of how we bring together national efforts around healthy homes, schools and workplaces. There is a national Healthy Schools Network, but it could certainly be strengthened. I do not see anything similar for healthy workplaces yet, not in the broad sense that I am talking about, with regard to healthy homes and communities.

Back in the early 1990s, we had a Canadian Healthy Communities Coalition. It died in the budget cuts in 1992 and has never been resurrected, but I think it needs to be.

If any place in the community should be the healthiest workplace, where you get the best food and a good night's sleep, it should be the hospital, but we know it often is not. How do you create healthy, environmentally responsible hospitals that are healing workplaces?

All of these elements form part of what makes for a healthy community, and so the overarching issue is how to create healthy communities and how, as Mr. Bradford said, to address these wicked problems, as he called them, at a national level and a local level. That is where many of the answers lie, and that also means looking at the role of municipal government and how to strengthen it.

J'ai été impressionné par le travail qu'on a fait dans le cadre des conseils du premier ministre en Ontario à la fin des années 1980 et au début des années 1990, lorsqu'on a essayé de mettre en lien les facteurs touchant la santé et les facteurs économiques et environnementaux. C'était un modèle intéressant. Ces conseils étaient présidés par le premier ministre. Le tiers des membres étaient des ministres, le tiers provenait du secteur concerné, et le dernier tiers étaient des citoyens jouant un rôle d'avant-plan dans différents secteurs. C'était un modèle intéressant de la façon de réunir ces éléments.

Le fait que nous soyons tous dans le même bateau, c'est aussi une question de participation communautaire et de démocratie. Il y a un certain nombre d'années, peu après que le Rideau de fer est tombé, nous avons effectué des travaux financés par le Fonds danois pour la démocratie sur la façon de faire un travail sur les villes saines en Europe de l'Est. Les responsables du Fonds danois pour la démocratie ont financé nos travaux parce qu'ils savaient qu'apprendre à rendre une ville plus saine, c'est aussi apprendre des choses sur la démocratie. Il y a là-dedans un important processus communautaire de démocratie participative.

J'e vais rapidement aborder la dernière idée que je voulais aborder, parce que je sais qu'il me reste peu de temps. La collectivité et l'endroit sont des choses importantes. Dans le domaine de la promotion de la santé, il y a ce que nous appelons la démarche axée sur le milieu. Si on veut améliorer la santé des populations, il faut aborder le problème dans le milieu où les gens vivent : les maisons, les écoles, les lieux de travail, les hôpitaux et les quartiers.

Dans mes notes, je décris une autre idée — je ne vais pas en parler en détail tout de suite —, qui concerne la manière d'axer les efforts que nous déployons à l'échelle nationale sur les maisons, les écoles et les lieux de travail en santé. Il existe un réseau national des écoles en santé, mais il est certain que ce réseau pourrait être renforcé. Je n'ai encore rien vu de semblable pour ce qui est des lieux de travail, pas plus qu'en ce qui concerne les maisons et les collectivités en santé, du point de vue général dont je parle.

Au début des années 90, il y avait la Coalition canadienne des communautés en santé. Celle-ci a péri dans les compressions budgétaires de 1992, et elle n'a jamais été remise sur pied, mais je pense qu'il faudrait le faire.

S'il y a un endroit dans la collectivité qui devrait être le lieu de travail le plus en santé, où la nourriture est la meilleure et où on peut bien dormir, cela devrait être l'hôpital, mais nous savons que ce n'est souvent pas le cas. Comment s'y prendre pour créer des hôpitaux en santé et écologiques qui soient des lieux de travail où l'on peut guérir?

Tous ces éléments font partie de ce que fait une collectivité en santé, et le problème global, c'est donc celui de la création de collectivités en santé et la façon, comme M. Bradford l'a dit, de régler ces problèmes complexes à l'échelle nationale et à l'échelle locale. C'est là que se trouvent beaucoup des réponses, et ça signifie également d'examiner le rôle des administrations municipales et les façons de les renforcer.

I will stop there and I would be happy to engage in discussion with you later.

**The Chair:** Thank you very much indeed, Mr. Hancock. You have been a tremendous help to us so far, and we will look to you for more help.

Our next witness is David Hay, who also has an extensive background in writing about and researching population health. Mr. Hay, we would like to hear from you.

**David Hay, Principal, Information Partnership:** Thank you all for the invitation; it is certainly a pleasure to be here.

I have done a lot of work over the past 20 or 25 years, broadly speaking, in the population health area. There has always been, as part of that work, this issue of decision making: how decisions are made, who makes the decisions and what are the structures and institutions that support that decision making.

Certainly, I applaud your focus on governance and on these issues of how to get a whole-of-government approach as you have written in your report to address these issues of population health. It is a critical issue that has been increasingly researched. Mr. Bradford and Dr. Hancock described better examples, but we are still behind. Mr. Bradford described the U.K., the U.S. and other jurisdictions in terms of our ability to promote collaborative governance.

My comments today are related to this topic of collaborative governance, and I will talk about some of the current realities, challenges and continuums and then about a couple of points in moving forward. This is a very big area and we are touching only on a few issues here. Hopefully, we can get into these more deeply in the question period.

I want to talk about four things: my definition of collaborative governance, some current realities, some challenges to address, and a couple points about moving forward.

I am currently doing some work with the federal government through the Policy Research Initiative. About a year ago, the Policy Research Initiative, jointly with the Public Policy Forum, held a workshop on collaborative governance and produced a report. It is on the Public Policy Forum website. It was about defining the federal role in collaborative governance. If you have not seen that, I would recommend it as a worthwhile publication to review. It addresses many of the issues you are examining.

There they talk about collaborative governance as a non-hierarchical relationship between governments and non-governmental actors. I would add also within and between governments and non-governmental actors, because a number of

Je m'arrête ici, et je serai heureux de participer au débat avec vous tout à l'heure.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Hancock. Vous nous avez énormément aidés jusqu'à maintenant, et nous allons encore vous demander de l'aide.

Notre prochain témoin est David Hay, qui a écrit lui aussi beaucoup de choses sur la santé des populations et fait beaucoup de recherches dans ce domaine. Monsieur Hay, nous aimerais entendre ce que vous avez à dire.

**David Hay, directeur, Information Partnership :** Merci à tous de l'invitation; c'est vraiment un plaisir d'être ici.

J'ai fait beaucoup de travail, au cours des 20 ou 25 dernières années, dans le domaine de la santé des populations en général. La question de la prise de décisions a toujours fait partie de ce travail : comment les décisions sont prises, qui les prend et quelles sont les structures et les organisations qui soutiennent la prise de décisions.

Je vous félicite de vous concentrer sur la gouvernance et sur ces questions qui ont trait à la façon d'adopter une démarche pangouvernementale, comme vous l'avez écrit dans votre rapport, pour aborder ces enjeux liés à la santé des populations. C'est une question fondamentale qui fait l'objet de plus en plus de travaux de recherche. M. Bradford et le Dr Hancock ont décrit de meilleurs exemples, mais nous sommes toujours en retard. M. Bradford a décrit la situation au Royaume-Uni, aux États-Unis et ailleurs par rapport à notre capacité de faire la promotion d'une gouvernance commune.

Les observations que je vais formuler aujourd'hui ont trait à ce thème de la gouvernance commune, et je vais parler de certaines des réalités actuelles et de certains des problèmes et des continuums, puis je vais dire deux ou trois choses sur l'avenir. C'est un domaine très vaste, et nous n'abordons ici que quelques questions. J'espère que nous pourrons les approfondir pendant la période de questions.

Je veux parler de quatre choses : ma définition de la gouvernance commune, certaines des réalités actuelles, certains des problèmes à régler et deux ou trois choses au sujet de l'avenir.

Je travaille actuellement en collaboration avec le gouvernement fédéral dans le cadre du Projet de recherche sur les politiques. Il y a un an environ, les responsables du Projet de recherche sur les politiques et ceux du Forum des politiques publiques ont organisé un atelier sur la gouvernance commune et produit un rapport. Ce rapport figure dans le site web du Forum des politiques publiques. Il s'agit d'une décision du rôle du gouvernement fédéral dans le contexte de la gouvernance commune. Si vous ne l'avez pas lu, je vous recommanderais de le faire, car c'est une publication qu'il vaut la peine de consulter. Le document porte sur bon nombre des questions sur lesquelles vous vous penchez.

Les auteurs parlent de la gouvernance commune comme d'une relation non hiérarchique entre les gouvernements et des intervenants non gouvernementaux. J'ajouterais aussi au sein des gouvernements et des organisations non gouvernementales et

issues about collaboration exist that need to happen within organizations themselves or within particular levels of government, since there are many purposes for collaboration.

There are integrating functions where you want to bring finance, policy and program people together. There is collaboration across jurisdictions to join those actors and to address particular policy problems. There is collaboration between disciplines and departments; when we talk about "horizontality," those are generally the kinds of things we are thinking about. Collaboration is also necessary in integrating sources and types of information, such as quantitative and qualitative research information, and whether we take information from censuses, sample surveys, case studies, and so on. There is a necessity to collaborate there and bring information together as well. There is collaboration between sectors and between interests. In social policy terms, we talk about the family, communities, community organizations, government and business as sectors. They are broad definitions and they overlap, but those sectors need to find ways to collaborate as well to address problems.

Another important area that sometimes is not talked about as much is that it is necessary to collaborate between perceptions, attitudes and values — dialogue. We do not always come to the table with the same perceptions of a particular problem. Therefore, there is a necessity to collaborate and share there as well.

Governance relations also have to be purposeful relations where there are shared understandings of the policy challenge and the goals to achieve in addressing that challenge. It is the purpose that brings people around the table and helps them to focus and integrate in all those ways I described to solve those particular problems.

Some current realities are necessary to highlight the current tensions. Mr. Bradford has written about characterizing federalism in the current and previous governments. He described previous governments as practising deep federalism where the policy goal demanded that both horizontal and vertical collaboration be made.

The current government has described itself as open federalists respecting more the constitutional division of powers and not treading on people's constitutional turf. It is difficult, obviously, from the federal government's perspective to work in the area of health when constitutionally it is provincial jurisdiction and authority to act in those areas. Where we are in terms of federalism and how we approach it will depend on a government's perspective on issues it will support or challenge and how problems are addressed.

entre eux, parce qu'un certain nombre de choses touchant la collaboration doivent se passer au sein des organisations elles-mêmes ou d'un gouvernement donné, puisque la collaboration a de nombreux objectifs.

Il y a des fonctions d'intégration dans le cadre desquelles il faut réunir les gens des finances, des politiques et des programmes. Il y a une collaboration entre les administrations afin de mettre ces intervenants en contact et de régler certains problèmes particuliers ayant trait aux politiques. Il y a une collaboration entre les intervenants des différents domaines et les différents ministères: lorsque nous parlons d'"horizontalité", c'est généralement à ce genre de choses que nous pensons. La collaboration est également nécessaire pour ce qui est de l'intégration des sources et des types d'information, par exemple l'information de recherche quantitative et qualitative, et si nous tirons l'information de recensements, d'enquêtes auprès de certains échantillons, d'études de cas, et ainsi de suite. Il est nécessaire de collaborer à cet égard, et aussi de regrouper l'information. Il y a une collaboration entre les secteurs et les gens qui ont différents intérêts. Dans le vocabulaire du domaine des politiques sociales, on dit que la famille, les collectivités, les organisations communautaires, le gouvernement et les entreprises sont des secteurs. Il s'agit de définitions générales et qui se recoupe, mais ces secteurs doivent trouver des façons de collaborer ainsi que de régler les problèmes.

Une autre chose dont on ne parle parfois pas autant, c'est la nécessité d'une collaboration sur le plan des perceptions, des attitudes et des valeurs, d'un dialogue. Les gens qui participent à un débat ne perçoivent pas toujours un problème donné de la même façon. Il y a donc là-dedans aussi un besoin de collaboration et d'échange.

Les relations de gouvernance doivent également être des relations assorties d'objectifs dans le cadre desquels on a une idée commune du problème stratégique et des buts à atteindre pour régler ce problème. C'est l'objectif qui réunit les gens et qui les aide à orienter et à intégrer leurs efforts des façons que j'ai décrites pour régler ces problèmes particuliers.

Il faut parler de certaines réalités actuelles pour mettre en lumière les tensions qui existent. M. Bradford a écrit des choses sur la caractérisation du fédéralisme du gouvernement actuel et des gouvernements précédents. Il a écrit que les gouvernements précédents pratiquaient un fédéralisme pur alors que les objectifs stratégiques exigeaient une collaboration à la fois horizontale et verticale.

Le gouvernement actuel a dit prôner un fédéralisme d'ouverture et respecter davantage la répartition constitutionnelle des pouvoirs et éviter d'empiéter sur le champ de compétence des autres. Il est difficile, évidemment, du point de vue du gouvernement fédéral, de travailler dans le domaine de la santé, puisque, sur le plan constitutionnel, c'est un champ de compétence provincial. Notre position par rapport au fédéralisme et notre façon d'aborder la question dépendra du point de vue du gouvernement sur les questions qu'il appuie ou qu'il conteste et de la façon les problèmes sont réglés.

Where are we on the continuum of leadership or unilateralistism? Leadership is always necessary, but sometimes it is simply unilateral and autocratic. Hence, there always needs to be reflection when we talk about leadership. Is it leadership within a partnership or leadership to ensure you get what you want out of any particular partnership or collaboration?

Another issue is who we answer to in policy decision making. Are we truly respecting triple bottom lines? Are we ensuring that we have lenses of social, economic and environmental decision making that go into decisions? Sometimes social policy writing has been characterized as “fiscalization,” where the goals of efficiency and affordability essentially override goals of equity and social justice. In such cases, there is less of a balance and more of a push for economic bottom lines.

Is there information overload or inadequate information? We live in a world where we have so much information we do not know how to deal with it. However, access to information is not equal, shared or supported. For many community organizations, this has improved greatly over the last number of years, but they do not have access to the same type of information that politicians, bureaucrats and federal public servants have. There are inequalities in access to information.

In discussing our realities, do we have an innovation gap? Are we lacking ideas to solve problems or do we have gaps in supports for innovation? When Thomas Homer-Dixon came out with his book a few years ago on the ingenuity gap, I engaged in an email exchange with him saying it was less an ingenuity gap and more a gap in the structures and institutions that support ingenuity and innovation, incubate it and allow it to develop. There are many structural barriers to that.

What are some of the challenges to collaboration? If I take a perspective of the federal government, organizational culture itself is a challenge. The federal government is generally risk-averse. There are not many rewards for pushing the envelope and trying to do things differently. Many times, in partnership or collaboration initiatives, the federal government is seen as the big brother and the one directing things rather than truly acting as a partner.

Regarding vertical authority and accountability, there is much discussion and writing on “horizontality.” However, a large barrier to getting things done is simply the very direct lines of vertical authority and accountability. That characterizes the way and your ability to work horizontally. It is difficult if you have to go away from your partnership initiative every time and return to

Où nous situons-nous dans le continuum du leadership ou de l'unilatéralisme? Le leadership est toujours quelque chose de nécessaire, mais, dans certains cas, il est simplement unilatéral et autocratique. Ainsi, il faut toujours qu'il y ait une réflexion lorsque nous parlons de leadership. S'agit-il de leadership au sein d'un partenariat ou de leadership qui sert à obtenir ce qu'on veut obtenir d'un partenariat ou d'une collaboration donnée?

Il y a aussi la question de la reddition de comptes dans le processus décisionnel. Respectons-nous vraiment le principe du triple bilan? Nous assurons-nous d'envisager les choses dans l'optique sociale, économique et environnementale lorsque nous prenons des décisions? Dans certains cas, le processus d'élaboration de politiques sociales a été décrit comme étant un processus de « fiscalisation », dans le cadre duquel les objectifs d'efficience et de viabilité financière supplantent les objectifs d'équité et de justice sociale. Dans ces cas, il y a moins d'équilibre, et le bilan économique est favorisé.

Y a-t-il surabondance ou insuffisance d'information? Nous vivons dans un monde où nous avons accès à tellement d'information que nous ne savons pas quoi en faire. Cependant, l'accès à l'information n'est pas le même pour tous ni partagé ni soutenu. Pour beaucoup d'organisations communautaires, c'est quelque chose qui s'est grandement amélioré au cours des dernières années, mais ces organisations n'ont pas accès au même genre d'information que les politiciens, les bureaucrates et les fonctionnaires fédéraux. Il y a des inégalités au chapitre de l'accès à l'information.

Puisque nous parlons de nos réalités, sommes-nous en retard au chapitre de l'innovation? Manquons-nous d'idées pour résoudre les problèmes ou y a-t-il des lacunes dans notre soutien à l'innovation? Lorsque Thomas Homer-Dixon a publié son livre sur le manque d'ingéniosité il y a quelques années, j'ai échangé des courriels avec lui et lui ai dit que c'est moins un manque d'ingéniosité qu'un manque de structures et d'organisations qui appuient l'ingéniosité et l'innovation, qui les incubent et leur permettent de prendre de l'ampleur. Il y a de nombreux obstacles structurels à cet égard.

Quels sont les obstacles à la collaboration? Si je me place du point de vue du gouvernement fédéral, la culture organisationnelle pose problème en soi. Le gouvernement fédéral est généralement réticent à prendre des risques. Il n'offre pas beaucoup de récompenses aux gens font évoluer le dossier et qui essaient de faire les choses différemment. Dans bien des cas, lorsqu'il prend part à des partenariats ou à des initiatives de collaboration, le gouvernement fédéral est vu comme le grand frère et comme celui qui dirige les choses, plutôt que de jouer un véritable rôle de partenaire.

En ce qui concerne la structure verticale des pouvoirs et la reddition de comptes, il y a beaucoup de débats, et on a écrit beaucoup de choses au sujet de l'« horizontalité ». Cependant, un obstacle important qui empêche de faire bouger les choses, c'est tout simplement les lignes très directes de la structure verticale des pouvoirs et de la reddition de comptes. Cela caractérise la façon

where you come from, to your vertical structures, to ensure decisions are stamped there as well.

Our whole public accountability regime is quite rigid. It is important, obviously, to make sure that public dollars are spent properly, but it has put a constraint on the public service's ability to act. The administrative burden is terribly unwieldy and takes many person hours and money away from getting the job done.

There is a challenge in support networks, institutions and engagement. Many informal networks exist, but there are no good hub-and-spoke models of support to make sure there are information and decision-making channels. Mr. Bradford spoke to that as well.

I spoke about information gaps, so information infrastructure is also a challenge and needs work.

Many of these collaboration initiatives do not happen unless there is money on the table either to be used in shared decision making or for people to take bits of and work on their own initiatives. We did a report when I was with the Canadian Policy Research Networks looking at the management structure for children's programs, what they called the joint management infrastructure for the Canada Prenatal Nutrition Program and the Community Action Program for Children, and we found that one of the main reasons people came around the table to collaborate, although there are other successes, strengths and weaknesses from that model, was money. They said explicitly that when the money changed and when the early childhood development initiatives came in subsequently, much of the energy behind that whole model dissipated and left.

Moving forward, certainly leadership is required and champions are needed. There are a lot of talk and good sense behind this whole business about collaborative governance in the complex world we live in and the constitutional division of powers, but you need supported leadership not just from the top but from everywhere, and champions need to advocate this. As I said before, if we do not get champions in the federal government, generally you cannot see initiatives going forward without that leadership.

As I touched on earlier, in order to move forward, you need clearly defined and goal-oriented policy problems in order to promote collaboration. There is a lot of activity in the country now, particularly amongst provinces and communities and doing things around poverty and addressing the issue of poverty in

de faire les choses et la capacité de travailler de façon horizontale. C'est difficile lorsqu'il faut chaque fois s'écartier de l'initiative de partenariat et revenir à l'origine, aux structures verticales, pour s'assurer que les décisions sont approuvées de ce côté-là également.

Notre régime de responsabilité à l'égard du public est assez rigide dans l'ensemble. Il est important, évidemment, de s'assurer que les données publiques sont bien utilisées, mais cette exigence limite la capacité d'agir de la fonction publique. Le fardeau administratif est très lourd, s'en acquitter exige beaucoup d'heures-personnes, et l'argent sert à autre chose qu'à effectuer le travail.

Il y a un problème qui touche les réseaux de soutien, les institutions et l'engagement. Il existe beaucoup de réseaux officieux, mais il n'y a pas de bons modèles de soutien en étoile visant à s'assurer qu'il y a des voies de transmission de l'information et de prise de décisions. M. Bradford a parlé de ça aussi.

J'ai parlé des lacunes au chapitre de l'information, et l'infrastructure de l'information pose également problème et doit faire l'objet d'un certain travail.

Bon nombre de ces initiatives de collaboration n'ont pas lieu s'il n'y a pas d'argent qui puisse être utilisé dans le cadre d'un processus de prise de décisions conjointes ou dont les gens puissent prendre une partie pour travailler à leurs propres initiatives. Lorsque j'étais membre des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, nous avons rédigé un rapport sur la structure de gestion des programmes visant les enfants, ce qu'on appelait l'infrastructure de gestion conjointe, pour le Programme canadien de nutrition pré-natale et le Programme d'action communautaire pour les enfants, et nous avons découvert que l'une des principales raisons pour lesquelles les gens participaient à l'initiative de collaboration, quoique ce modèle a d'autres répercussions positives, points forts et points faibles, c'était l'argent. On nous a dit clairement que, lorsque l'argent est allé ailleurs et que les initiatives de développement de la petite enfance ont été créées par la suite, la majeure partie de l'énergie consacrée à tout le modèle s'est envolée.

Pour l'avenir, il est clair qu'il faut un leadership et des chefs de file. On parle beaucoup de toute cette affaire de gouvernance commune dans le monde complexe dans lequel nous vivons et dans le contexte de la répartition constitutionnelle des pouvoirs, et c'est tout à fait sensé, mais il faut un leadership appuyé qui vienne non seulement d'en haut, mais de partout, et il faut que des chefs de file défendent cette idée. Comme je l'ai dit déjà, s'il n'y a pas de chef de file au sein du gouvernement fédéral, de façon générale, qu'on n'envisage pas de nouvelles initiatives sans ce genre de leadership.

Comme je l'ai dit brièvement tout à l'heure, pour que les choses avancent, il faut une définition claire des problèmes stratégiques en fonction des objectifs, afin de promouvoir la collaboration. Il y a beaucoup d'activités au pays à l'heure actuelle, surtout dans les provinces et dans les collectivités, et on fait des choses dans le

Canada, and it is the focus on the issue that helps to build the collaboration.

As far as secretariats or hubs, over the years, many of the institutions that brought people together and promoted networks and shared understandings have gone by the way. Many of them were in the non-profit sector. Some were creatures of government, such as the Economic Council of Canada and the Law Reform Commission of Canada. They have disappeared, and performing that networking and integrating function is very important.

I would say in summary that there are two critical issues to address. One is obviously the governance, as I have described, and the other is these challenges that need to be addressed, as mentioned by Mr. Bradford and Dr. Hancock, in the business of capacity development to ensure that the citizens of this country have the capacity to engage meaningfully in these types of exercises. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Hay.

We will be taking a break at 11:30 to bring in some witnesses from British Columbia over television, but we have five minutes, so let me exploit all three of you for five minutes. The other senators will be questioning you later on when we have everyone aboard.

Our objective in doing this report was to try to elevate the status of health, well-being and productivity in Canada, which is at a very low rate considering all of the resources we have and our educational status and our health care delivery system. The testimony has led us down the road to believing that the emphasis has to be on the building of healthy communities. However, because we have such great Canadian diversity, top-down organizations will be very hard to apply to, for example, the Chinese community in Vancouver, in the Chinese community in Toronto, in the Indian community in Toronto and some of the communities in Montreal, and, of course, in some of the rural communities and smaller provinces. Nonetheless, as you have just said, Mr. Hay, there has to be leadership. We have been groping for how to package this.

We want an all-of-government approach, but how can we involve everyone? We do not want top-down administration of the system. It has to be bottom-up, from the community. I want to hear your comments, but I am trying to lead you. I cannot beat around the bush any more. I have not mentioned this to date, but I think time is running out. We have to write our report, so I will spring this on you. My own feeling is that we need a federal minister of human development and we need a corresponding minister in every province. We need a corresponding officer in every major city, and we need a corresponding person in each

domaine de la pauvreté et pour régler le problème de la pauvreté au Canada, et c'est le fait de mettre l'accent sur le problème qui aide à établir une collaboration.

Pour ce qui est des secrétariats ou des centres, au fil des ans, bon nombre des organisations qui réunissaient les gens et qui faisaient la promotion de réseaux et de l'échange d'idées ont disparu. Bon nombre d'entre elles faisaient partie du secteur sans but lucratif. Certaines étaient issues du gouvernement, par exemple, le Conseil économique du Canada et la Commission de réforme du droit au Canada. Ces organisations ont disparu, et ce réseautage et cette fonction d'intégration sont des choses très importantes.

Je dirais pour conclure qu'il y a deux questions fondamentales à aborder. La première, c'est évidemment la gouvernance, comme je l'ai dit, et l'autre, c'est les problèmes qu'il faut régler, comme l'ont mentionné M. Bradford et le Dr Hancock, dans le renforcement des capacités pour s'assurer que les citoyens du pays ont la capacité de véritablement participer à ce genre d'exercices. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Hay.

Nous allons faire une pause à 11 h 30 le temps de permettre à des témoins de la Colombie-Britannique de se joindre à nous par téléconférence, mais il nous reste cinq minutes, alors permettez-moi de vous exploiter tous les trois pendant cinq minutes. Les autres sénateurs vont vous poser des questions plus tard, lorsque tout le monde sera là.

L'objectif de notre rapport était d'améliorer la situation au Canada sur les plans de la santé, du mieux-être et de la productivité, qui n'est pas très bonne compte tenu de toutes les ressources auxquelles nous avons accès, de notre situation en matière d'éducation et de notre système de prestation de soins de santé. Les témoignages nous ont poussés à croire que l'accent doit être mis sur la création de collectivités saines. Cependant, comme la diversité est très importante au Canada, les organisations qui fonctionnent sur le mode descendant auront beaucoup de difficulté à joindre, par exemple, la communauté chinoise de Vancouver, la communauté chinoise de Toronto, la communauté indienne de Toronto et certaines des communautés de Montréal, ainsi que certaines collectivités rurales et certaines des petites provinces, bien entendu. Néanmoins, comme vous venez de le dire, monsieur Hay, il faut qu'il y ait un leadership. Nous cherchons tant bien que mal un moyen d'envelopper tout ça.

Nous voulons adopter une démarche pangouvernementale, mais comment faire pour que tout le monde participe? Nous ne voulons pas que le système soit administré de façon descendante. Il faut que ce soit ascendant, que ça parte de la collectivité. Je veux savoir ce que vous avez à dire là-dessus, mais j'essaie de vous orienter. Je ne peux plus tourner autour du pot. Je n'avais pas dit ça avant aujourd'hui, mais je pense que le temps file. Il faut que nous rédigions notre rapport, alors je vous lance ça. Ce que je pense, pour ma part, c'est que nous avons besoin d'un ministre fédéral du développement humain et d'un ministre qui joue le

community, but the communities have to organize themselves. Tell me how wrong I am.

**Dr. Hancock:** Well, I would not say you are wrong. When I have talked with communities, I have often talked about it being both top down and bottom up. It is the nutcracker phenomenon, and a nutcracker has two arms, top down and bottom up.

As Mr. Hay mentioned, that would work only if resources are applied at the local level. You cannot get this for nothing. Those resources have to be applied from the federal, provincial and territorial levels, both to and with municipal governments and also with communities, because they are not necessarily the same, and obviously they need both to be working together.

To a certain extent, those resources have to come without strings attached. It drives communities absolutely nuts, particularly if you get away from the very big cities and down to smaller communities, to get all of these stove-piped contributions coming in, all of them for a specific purpose defined by people "up there," none of whom have talked to each other before the contribution came into place, and the communities are running around trying to respond to all these different things. What they really need is a pot of money with the freedom to decide their issues and priorities and how to use it. That is not the way we normally do business. It is risky, and Mr. Hay talked about the risk-averse nature of decision making, but in order to get this kind of innovation, you have to take some risk and recognize that not everything works. We also have to understand that "failure" does not mean that it was a failure. You learn by mistakes as much as you learn from success, and we need a higher tolerance of failure in order to make those learnings.

I would agree with you, and I would add that maybe that is where all of these offices would come together, the notion of a commission of some sort that was a bit at arm's length, that was set up by statute so that it cannot disappear at the whim of the next government, whoever that is, but brings together the private sector leadership and the community sector leadership. You have to get them involved as well.

**Mr. Bradford:** I would certainly support what Dr. Hancock has said and echo what Dr. Keon said. There could be three functions for such a ministry. The first would be to deal with the money question. The American experience with community development block grants is interesting. A combination of national standards or goals is rolled out to allow for flexible integration and tailoring based on community priorities and

même rôle dans chacune des provinces. Nous avons besoin d'un fonctionnaire qui joue le même rôle dans chacune des grandes villes, et il faut qu'il y ait une personne chargée de la même tâche dans chacune des collectivités, mais les collectivités doivent s'organiser. Dites-moi à quel point j'ai tort.

**Dr Hancock :** Eh bien, je ne dirais pas que vous avez tort. Lorsque j'ai parlé des collectivités, j'ai souvent parlé de ce que c'est à la fois descendant et ascendant. C'est le phénomène du casse-noisette, et un casse-noisette à deux branches, une branche ascendante et une branche descendante.

Comme M. Hay l'a mentionné, ça ne fonctionnera que si les ressources sont utilisées à l'échelle locale. On ne peut pas avoir ça pour rien. Ces ressources doivent être fournies par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux aux administrations municipales et aussi aux collectivités, parce que ce n'est pas nécessairement la même chose, et, évidemment, les deux doivent travailler ensemble.

Dans une certaine mesure, ces ressources ne doivent pas s'assortir de contraintes. Ça rend les gens fous dans les collectivités, surtout lorsqu'on s'éloigne des très grandes villes et qu'on s'approche des petites collectivités, de recevoir toutes ces contributions en cloison, qui ont toutes un but précis défini par les gens « d'en haut » dont aucun n'a discuté avec les autres avant la contribution, et les gens des collectivités font des pieds et des mains pour essayer de répondre à toutes ces choses différentes. Ce dont ils ont vraiment besoin, c'est qu'on leur donne de l'argent et qu'on leur laisse la liberté de déterminer quels sont leurs problèmes et leurs priorités et comment ils vont utiliser cet argent. Ce n'est pas notre façon habituelle de faire des affaires. C'est risqué, et M. Hay a parlé de la réticence naturelle au risque dans le processus décisionnel, mais, pour que ce genre d'innovation ait lieu, il faut prendre certains risques et admettre que tout ne fonctionne pas. Il faut aussi que nous comprenions qu'"échec" ne signifie pas que ça a été un échec. On apprend de ses erreurs autant que de ses succès, et nous devons avoir une plus grande tolérance à l'échec pour pouvoir faire cet apprentissage.

Je serais d'accord avec vous, et j'ajouterais que c'est peut-être là que tous ces bureaux seraient regroupés, l'idée d'une commission quelconque qui aurait une certaine autonomie, qui serait protégée par la loi de façon à ne pas pouvoir être supprimée par le prochain gouvernement si c'est son caprice, peu importe qui formera le prochain gouvernement, et qui réunit les leaders du secteur privé et les leaders du secteur communautaire. Il faut les faire participer eux aussi.

**M. Bradford :** Je suis certainement d'accord avec ce que le Dr Hancock a dit, et je dirais la même chose que le Dr Keon. Ce genre de ministère pourrait avoir trois fonctions. La première, ce serait de s'occuper de la question de l'argent. L'expérience américaine des community development block grants est intéressante. Un ensemble de normes ou d'objectifs nationaux est déployé et permet une certaine marge de manœuvre pour

inputs. We did some of that with the federal gas transfer tax: there were broad goals but then diversity was allowed at the local scale.

The second point for that ministry could be research. There is a real priority on greater understanding of both the administrative challenges and also the sorts of wicked issues that are being dealt with here. There is a real need for this kind of knowledge exchange and research activity.

The third point would be to link it to action through the kinds of demonstration and pilot projects that we in Canada are good at. The gap in Canada is learning and leveraging from the range of experiments and the five-year projects that we have running now on homelessness and in population health, in urban development agreements. Having a ministry that would be a coordinating point for those kinds of pilot and demonstration activities and systematically learning the lessons would be a terrific start for that kind of institution.

**Mr. Hay:** It is a good idea. I would suggest some sort of priority agenda to guide that. You need to come out with some sort of focus on what the policy problems are, and to simply suggest taking a whole-of-government approach to human development as defined as a narrow set of issues would be important. The vertical integration that would come as a result is very good.

There is lots of experience. My first job out of graduate school was at a social planning council in British Columbia. I worked with people who had years of experience working as community developers in cities from federal funding envelopes in the 1960s and 1970s. These things have been done before, although perhaps not directly tied in a line as you described.

The research is important, but information infrastructure is also important, which means access to information broadly and publicly and no cost or low cost, in a sense. There are research skills in the community. People want the information to work on in their communities for their purposes rather than have it done by somebody else. I know that is not what Mr. Bradford meant, but it is a matter of bringing those two together.

**The Chair:** Thank you. Joining us now from Western Economic Diversification is Ms. Michelle Neilly, Director General, BC Operations; and from Vancouver Agreement, Ms. Christine Lattey, Executive Coordinator.

Ms. Neilly, please proceed.

l'intégration et l'adaptation en fonction de priorités et des suggestions de la collectivité. C'est un peu ce que nous avons fait dans le cas de la remise de la taxe sur l'essence par le gouvernement fédéral : il y avait des objectifs généraux, mais nous avons permis une certaine diversité à l'échelle locale.

La deuxième chose dont pourrait s'occuper ce ministère, ce serait la recherche. Une meilleure compréhension des problèmes administratifs et également du genre de problèmes complexes en question est une vraie priorité. Il faut vraiment que ce genre d'échange de connaissances et d'activités de recherche ait lieu.

La troisième chose, ce serait de lier ça à l'action grâce au genre de démonstrations et de projets pilotes dans lesquels nous sommes bons au Canada. Ce qui manque, au Canada, c'est d'apprendre les choses et de tirer parti de l'éventail d'expériences et de projets quinquennaux qui sont en cours dans le domaine de l'itinérance et de la santé des populations, dans le cadre des ententes sur le développement urbain. S'il y avait un ministère qui assurerait la coordination de ce genre de projets pilotes et d'activités de démonstration et qui en tirerait systématiquement les leçons, ce serait un excellent début pour ce genre d'organisation.

**M. Hay :** C'est une bonne idée. Je proposerai qu'il y ait une sorte de programme établissant les priorités pour orienter ça. Il faut qu'il y ait une sorte d'orientation quant à la nature des problèmes stratégiques, il serait important de simplement proposer l'adoption d'une démarche pangouvernementale en matière de développement humain qui serait définie comme un petit ensemble d'enjeux. L'intégration verticale qui en résulterait serait une très bonne chose.

Il y a beaucoup d'expérience. Mon premier emploi, après les études supérieures, a été au sein d'un conseil de planification en Colombie-Britannique. J'ai travaillé avec des gens qui avaient des années d'expérience dans le domaine du développement communautaire dans les villes avec le financement du gouvernement fédéral, dans les années 60 et 70. Ce sont des choses qui ont déjà été faites, mais peut-être pas en lien direct comme vous l'avez décrit.

La recherche est une chose importante, mais l'infrastructure de l'information est également quelque chose d'important, ce qui signifie l'accès général et public à l'information, sans frais ou à peu de frais, en un sens. Il y a dans la collectivité des gens qui ont des aptitudes dans le domaine de la recherche. Les gens veulent l'information sur laquelle ils peuvent travailler dans leur collectivité à leurs fins, plutôt que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse. Je sais que ce n'est pas ce que M. Bradford a voulu dire, mais il s'agit de regrouper ces deux choses.

**Le président :** Merci. Mme Michelle Neilly, directrice générale, Opérations de la Colombie-Britannique, Diversification de l'économie de l'Ouest Canada, et Mme Christine Lattey, coordonnatrice exécutive, Accord de Vancouver, se joignent maintenant à nous.

Vous avez la parole, madame Neilly.

**Michelle Neilly, Director General, BC Operations, Western Economic Diversification Canada:** Thank you. I hope to give you a short history of the Vancouver Agreement, the context and its strategic directions.

Statistically speaking, the Downtown Eastside of Vancouver has a population of approximately 16,000 and is considered one of the poorest postal code communities in Canada in terms of income per capita. It is important to note that the community also includes the historic neighbourhoods of Chinatown, Gastown, Strathcona, Victory Square, and the areas near Oppenheimer Park and the Port of Vancouver. This area was once a vibrant commercial core of the region. It had many leading retail stores, manufacturing plants and tourist attractions. One of the flagship stores at the time was Woodward's, which closed in 1993.

Median income levels in the area are approximately \$12,000, and the majority of the population is considered low income. Approximately 6,000 residents living in the community rely on government assistance. Despite the many weaknesses that this neighbourhood has, the community has a strong sense of community. There is an active network of community organizations. Many events, festivals and celebrations take place, and it is a culturally rich community. Over 50 per cent of the population is Chinese, 11 per cent are Vietnamese, and almost one third speak a language other than English.

Between 1997 and 1999, there were rising rates of HIV infection and death rates. Local authorities declared that the Downtown Eastside was in a public health crisis. There was a call for better coordination of programs and services among different levels of government, which were largely operating in silos separate from one another. As the popular saying goes, a crisis is a terrible thing to waste, so the City of Vancouver played a leadership role. They went well beyond their mandate and urged both the Province of British Columbia and the Government of Canada to join with the municipality to collectively take action.

The key objective of this action and of the Vancouver Agreement is to have more effective government and community performance in specific neighbourhoods and on specific city-wide initiatives, and to improve the conditions for individuals, businesses and communities as a whole. During the summer of 1999, the Government of Canada, the Province of British Columbia and the City of Vancouver signed an urban development agreement called the Vancouver Agreement. The purpose of the Vancouver Agreement was to coordinate and maintain an effective response to economic, social and public safety challenges in Vancouver's inner city. This also includes health and housing. The urban development agreement is a multi-year, cost-shared, tripartite agreement. The original

**Michelle Neilly, directrice générale, Opérations de la Colombie-Britannique, Diversification de l'économie de l'Ouest Canada :** Merci. J'aimerais vous présenter rapidement l'histoire, le contexte et les orientations stratégiques de l'Accord de Vancouver.

Pour ce qui est des chiffres, l'Est du centre-ville de Vancouver a une population d'environ 16 000 habitants, et, si l'on envisage les régions définies selon le code postal, c'est celle qui est considérée comme étant la plus pauvre du Canada du point de vue du revenu par habitant. Il est important de signaler que le secteur englobe également les quartiers historiques de Chinatown, de Gastown, de Strathcona, de la place Victory et les zones près du parc Oppenheimer et le port de Vancouver. Il a déjà été l'un des centres de commerce dynamiques de la région. On y trouve beaucoup de grands magasins de vente au détail, d'usines de fabrication et d'attractions touristiques. L'un des grands magasins qui s'y trouvaient à l'époque était Woodward, qui a fermé ses portes en 1993.

Le revenu médian des habitants du quartier est d'environ 12 000 \$. et on considère que la majeure partie de la population touche un revenu faible. Environ 6 000 résidents du quartier reçoivent l'aide du gouvernement. Malgré les nombreux problèmes de ce quartier, ses habitants ont un fort sentiment d'appartenance. Il y a un réseau d'organisations communautaires actives. Beaucoup d'événements, de festivals et de célébrations ont lieu dans ce quartier d'une grande richesse culturelle. La population est formée pour plus de la moitié de Chinois, et pour 11 p. 100 de Vietnamiens, et près du tiers des habitants du quartier parlent une langue autre que l'anglais.

De 1997 à 1999, le taux d'infection au VIH et le taux de mortalité ont augmenté. Les autorités locales ont déclaré que l'Est du centre-ville était en situation de crise sur le plan de la santé publique. On a demandé aux différents ordres de gouvernement de mieux coordonner leurs programmes et leurs services, parce que leurs activités étaient en grande partie compartimentées. Comme le dit l'adage, une crise, c'est une occasion qui ne se rate pas, alors la Ville de Vancouver a joué un rôle de chef de file. Elle est allée bien au-delà de son mandat et elle a demandé à la province de la Colombie-Britannique et au gouvernement du Canada de se joindre à la municipalité dans son intervention.

L'objectif principal de cette intervention et de l'Accord de Vancouver, c'est d'améliorer l'efficacité de l'administration et le rendement des interventions communautaires dans les quartiers précis et dans le cadre de certaines initiatives précises visant l'ensemble de la ville, ainsi que d'améliorer la situation des gens, des entreprises et l'ensemble de la collectivité. Pendant l'été 1999, le gouvernement du Canada, la province de la Colombie-Britannique et la Ville de Vancouver ont conclu une entente sur le développement urbain qu'on a appelée l'Accord de Vancouver. L'objectif de l'accord était de coordonner et de maintenir une intervention efficace pour régler les problèmes économiques, sociaux et de sécurité publique dans le centre-ville de Vancouver. L'intervention vise également la santé et le

Vancouver Agreement was for five years; then it was renewed and extended to March 31, 2010.

Through the Vancouver Agreement, all levels of government have agreed to focus on four outcomes: first, a growth in number, size and diversity of local businesses and increased and diversified employment opportunities for local residents; second, improved health outcomes for local residents; third, improved safety and security; and fourth, improved housing options that include affordable rental housing and supportive and transitional housing.

The Vancouver Agreement has six key principles that guide its direction. The first one is informed decision-making, ensuring that decisions are linked to sound strategic planning. The second is innovation. The agreement promotes and supports innovative ways of addressing issues and delivering service. The third one is respect for diversity. Many communities belonging to the inner city of Vancouver have diverse interests and needs to be understood, supported and balanced. The fourth principle is community engagement to ensure that members of the community and stakeholders are engaged in the process. The fifth is collaboration. The Vancouver Agreement works with other institutions, the not-for-profit sector, education institutions and the private sector. The sixth principle is accountability for public funds.

The Vancouver Agreement supports but does not replace the goals or the accountabilities of public agencies. The implementation of the Vancouver Agreement strategies is undertaken either by individual public agencies or through agreements with public agencies and the not-for-profit sector. Through a series of committees, project teams and interdepartmental communication within all three levels of government, the Vancouver Agreement helps public agencies to work toward the common vision and common four outcomes.

These relationships build upon an agency's respective responsibilities. While each participating organization in the Vancouver Agreement adheres to its respective existing programming and accountability requirements to deliver service, the Vancouver Agreement provides an opportunity for the groups to work together and to identify joint initiatives.

The Vancouver Agreement has been able to address some of the complex socio-economic problems with a comprehensive approach. Governments are better able to coordinate and collaborate now on programming and services.

On slide 5 you can see the summary of where things were in the late 1990s and some progress that has been made. Crime rates have decreased by 14 per cent from 2000 to 2005. Income levels have increased for men and for women. Business activities have

logement. L'entente de développement urbain est une entente pluriannuelle à frais partagés entre trois ordres de gouvernement. Au départ, l'Accord de Vancouver devait être en vigueur pendant cinq ans, mais il a été renouvelé et prolongé jusqu'au 31 mars 2010.

Dans le cadre de l'Accord de Vancouver, les ordres de gouvernement ont convenu de se concentrer sur quatre objectifs : premièrement, l'accroissement du nombre, de la taille et de la diversité des entreprises locales et la multiplication des possibilités d'emploi pour les résidents; deuxièmement, l'amélioration des résultats en santé pour les résidents; troisièmement, l'amélioration de la sûreté et de la sécurité; et quatrièmement, l'amélioration de l'offre en matière de logements, notamment aux chapitres des logements abordables, des logements supervisés et des logements de transition.

L'Accord de Vancouver a six grands principes directeurs. Le premier, c'est la prise de décisions éclairées, afin que l'on puisse s'assurer que les décisions sont liées à une bonne planification stratégique. Le deuxième, c'est l'innovation. L'Accord favorise et soutient les façons novatrices d'aborder les problèmes et d'offrir les services. Le troisième, c'est le respect de la diversité. Beaucoup de communautés du centre-ville de Vancouver ont des intérêts différents et ont besoin d'être comprises et soutenues et d'avoir la possibilité de trouver un équilibre. Le quatrième principe, c'est la mobilisation de la collectivité, qui vise à faire participer les membres de la collectivité et les intervenants. Le cinquième, c'est la collaboration. L'organisation de l'Accord de Vancouver travaille avec d'autres organisations, avec le secteur des organismes sans but lucratif, avec les établissements d'enseignement et avec le secteur privé. Le sixième principe, c'est la responsabilité à l'égard des fonds publics.

L'Accord de Vancouver soutient, mais ne remplace pas, les buts et les responsabilités des organismes publics. Les stratégies de l'Accord sont appliquées soit par des organismes publics, soit dans le cadre d'accords conclus entre des organismes publics et des organismes sans but lucratif. Par l'intermédiaire d'une série de comités et d'équipes de projet et grâce à la communication interministérielle au sein des trois ordres de gouvernement, l'Accord de Vancouver aide les organismes publics à réaliser la vision commune et les quatre objectifs communs.

Ces liens sont fondés sur les responsabilités de chacune des organisations concernées. Chacune des parties à l'Accord de Vancouver suit ses programmes et s'acquitte de ses responsabilités en matière de prestation des services, mais l'Accord offre aux groupes l'occasion de travailler ensemble et de créer des initiatives conjointes.

L'Accord de Vancouver a permis d'aborder certains problèmes socio-économiques complexes dans le cadre d'une démarche globale. Grâce à cet accord, les gouvernements sont davantage en mesure de coordonner leurs programmes et leurs services et de collaborer.

À la diapo 5, vous pouvez voir un résumé de la situation à la fin des années 90 et les progrès qui ont été réalisés. Le taux de criminalité a diminué de 14 p. 100 entre 2000 et 2005. Les revenus ont augmenté, chez les hommes comme chez les femmes. Les

expanded. There has been a significant amount of development in this area. There are now 3,600 market housing units being built or already built, and there has been \$500-million worth of private and public real estate investment. Death rates due to alcohol, drug use and drug overdose, HIV/AIDS and suicides are no longer at epidemic levels. There has been improved collaboration between all levels of government.

In June 2005, the Vancouver Agreement was one of eight recipients worldwide to receive the United Nations Public Service Award for improving transparency, accountability and responsiveness in public service.

Not all of the relationships in the Vancouver Agreement are the same. Mandates, programs and other considerations influence the level of participation and the interest of any given department or agency.

The governance structure of the Vancouver Agreement is outlined in the actual agreement, and it includes three main committees. There is a governance or policy committee, which includes a minister from the Government of Canada, the Province of British Columbia and the Mayor of Vancouver.

The Vancouver Agreement includes a management committee, which is comprised of an assistant deputy minister, again, from the Government of Canada and the Province of British Columbia, as well as the city manager for the City of Vancouver. This committee is responsible for the tripartite intergovernmental relations, the facilitation of staff participation in the agreement and the funding decisions.

There is also a planning committee comprised of staff, such as Ms. Lattey and me, staff from all levels of government, and we work to support both the management committee in making their funding decisions and also the project teams in their identification and planning of projects.

The Vancouver Agreement has created an effective platform to leverage private sector support. Bell Canada announced in 2005 that it would direct \$2 million towards investment over the next four years for Vancouver Agreement-supported economic initiatives. We have also been able to leverage \$100,000 from a local credit union to support economic initiatives in the Downtown Eastside.

Working with community and businesses, we have sparked additional partnership opportunities to better coordinate services among the various levels of government. For example, we have a Vancouver Agreement Economic Revitalization Plan in which all three levels of government participated in the cost of research for two years. That plan included 11 meetings with stakeholders and open public houses that were attended by 200 residents and 200 economic development representatives. The plan was

activités des entreprises se sont accrues. Il y a eu beaucoup de projets de construction dans le quartier. Il y a aujourd'hui 3 600 unités de logements du marché en construction ou déjà construites, et les secteurs privé et public ont investi 500 millions de dollars dans le domaine de l'immobilier. Le nombre de décès attribuables à la consommation d'alcool ou de drogues et aux surdoses, au VIH/sida n'est plus à des niveaux épidémiques. Il y a aujourd'hui une meilleure collaboration entre les différents ordres de gouvernement.

En juin 2005, l'organisation de l'Accord de Vancouver a été l'un des huit bénéficiaires dans le monde du Prix de l'ONU en matière de service public pour avoir accru la transparence, la responsabilité et la capacité d'intervention de la fonction publique.

Toutes les relations ne sont pas équivalentes dans le cadre de l'Accord de Vancouver. Les mandats, les programmes et d'autres facteurs ont une incidence sur le degré de participation et l'intérêt d'un ministère ou d'un organisme.

La structure de gouvernance de l'Accord de Vancouver est décrite dans le texte même de l'Accord, et elle est composée de trois comités principaux. Il y a un comité de la gouvernance ou des politiques, qui est composé d'un ministre du gouvernement du Canada, d'un ministre de la province de la Colombie-Britannique et du maire de Vancouver.

Il y a aussi un comité de gestion, composé d'un sous-ministre adjoint, encore une fois du gouvernement du Canada et de la province de la Colombie-Britannique, ainsi que du directeur municipal de la Ville de Vancouver. Ce comité est responsable des relations intergouvernementales tripartites, de la facilitation de la participation du personnel à l'Accord et des décisions relatives au financement.

Il y a aussi un comité de planification qui est composé de personnel, comme Mme Lattey et moi, de personnel, donc de tous les ordres de gouvernement, et nous travaillons à soutenir le comité de gestion dans le processus de prise de décisions relatives au financement et aussi les équipes de projet dans leur travail de définition et de planification des projets.

L'Accord de Vancouver a permis la création d'un mécanisme efficace pour obtenir le soutien du secteur privé. Bell Canada a annoncé en 2005 un investissement de deux millions de dollars sur quatre ans dans des initiatives de nature économique encadrées par l'Accord de Vancouver. Nous avons également été en mesure d'obtenir 100 000 \$ d'une coopérative locale d'épargne et de crédit pour soutenir des initiatives de nature économique dans l'Est du centre-ville.

Avec la collectivité et les entreprises, nous avons amorcé d'autres possibilités de partenariats dans le but de mieux coordonner les services offerts par les différents ordres de gouvernement. Il y a, par exemple, le Plan de revitalisation économique de l'Accord de Vancouver, dans le cadre duquel les trois ordres de gouvernement ont contribué à payer les coûts liés à la recherche pendant deux ans. Dans le cadre de ce plan, 11 rencontres avec des intervenants et séances publiques ont été

finalized in the year 2004 and was adopted by the city council and all of the partners.

In 2005, the Vancouver Agreement was one of three federal horizontal initiatives that were selected for review by the Office of the Auditor General. During that review, the Auditor General concluded that the Vancouver Agreement had a promising governance model, with the involvement of provincial, municipal and federal governments working together to meet the needs of the community.

However, the Auditor General never leaves without making a recommendation, and one of the recommendations was for us to develop a federal accountability framework. We did not have a formal framework in place that outlined the respective roles and responsibilities.

We have a study under way right now. We are using a technique called a linear responsibility chart, which is helping us to examine the roles and responsibilities of the various participating departments and agencies in the agreement in terms of planning, monitoring, reporting and communication.

We are working with departments and agencies, and there are various levels of involvement. You may be responsible for decisions, you may be in the capacity to approve decisions, you may only be interested in being informed, or you may want to only be supportive or consulted. We are working together to put an accountability framework in place, taking into consideration the various levels of participation.

That is a quick overview of the Vancouver Agreement. Ms. Lattey, would you like to add anything?

**Christine Lattey, Executive Coordinator, Vancouver Agreement:** No, that was a great description. I will wait to hear what the senators wish to discuss.

**Ms. Neilly:** We would be pleased to answer any questions you have.

**The Chair:** Thank you very much, Ms. Neilly.

**Senator Eggleton:** Thanks to all of you for being here. This is one of the most important parts of our deliberation on population health. The social determinants of health cross over many jurisdictions and departments within each government level, and governments are not particularly known for being able to do horizontal links very well. We have been trying for ages to do that.

Having been a minister once myself, I understand the stovepipe or vertical system that we operate under and the desire of the people who are part of that system to ensure their minister always knows the answers and is not caught off guard. It is the old accountability question. It is very difficult to get these horizontal links unless you get commitment and leadership right from the top.

tenues, et 200 résidents et 200 représentants du milieu du développement économique y ont participé. Le plan a été parachevé en 2004, et il a été adopté par le conseil municipal et par l'ensemble des partenaires.

En 2005, l'Accord de Vancouver a été l'une des trois initiatives horizontales du gouvernement fédéral choisies pour l'examen effectué par le Bureau de la vérificatrice générale. La vérificatrice générale a conclu que l'Accord de Vancouver était doté d'un modèle de gouvernance prometteur et favorisait la collaboration entre les gouvernements provincial et fédéral et l'administration municipale pour répondre aux besoins de la collectivité.

Cependant, la vérificatrice générale ne part jamais avant d'avoir formulé une recommandation, et l'une des recommandations qu'elle nous a faites, c'était de mettre au point un cadre fédéral de responsabilité. Nous n'avions pas de cadre officiel précisant les rôles et les responsabilités de chacun.

Nous sommes en train de faire une étude. Nous avons recours à une technique qui porte le nom de diagramme d'attribution, qui nous aide à examiner les rôles et les responsabilités des différents ministères et organismes qui participent à l'accord sur les plans de la planification, de la surveillance, de la reddition de comptes et la communication.

Nous travaillons avec des ministères et des organismes, et le degré de participation varie. On peut être responsable de prendre certaines décisions, on peut avoir le pouvoir d'approuver certaines décisions, on peut simplement vouloir être informé ou encore donner son appui ou être consulté. Nous travaillons ensemble à la mise au point d'un cadre de responsabilisation, compte tenu des divers degrés de participation.

J'ai fait pour vous un bref survol de l'Accord de Vancouver. Madame Lattey, voulez-vous ajouter quoi que ce soit?

**Christine Lattey, coordonnatrice exécutive, Accord de Vancouver :** Non, c'était une très bonne description. Je vais attendre de voir de quoi les sénateurs veulent parler.

**Mme Neilly :** Nous serons heureuses de répondre à toutes vos questions.

**Le président :** Merci beaucoup, madame Neilly.

**Le sénateur Eggleton :** Merci à tous d'être ici. Il s'agit de l'une des parties les plus importantes de nos délibérations sur la santé des populations. La question des déterminants sociaux de la santé touche plusieurs administrations et plusieurs ministères au sein de chacun des gouvernements, et les gouvernements ne sont pas particulièrement réputés pour leur capacité d'établir des liens horizontaux. Ça fait des siècles que nous essayons de faire ça.

Ayant déjà été ministre moi-même, je comprends ce système cloisonné ou vertical dans lequel nous travaillons et le désir des gens qui font partie de ce système de s'assurer que le ministre connaît toujours les réponses et n'est jamais pris au dépourvu. C'est la bonne vieille question de la responsabilité. Il est très difficile d'établir ces liens horizontaux à moins d'obtenir un engagement des gens d'en haut et à moins que ceux-ci ne fassent preuve de leadership.

What you have all said today is valuable. I certainly subscribe to what Dr. Hancock said in terms of principles, and to what Mr. Bradford said about the place-based and community-driven programming and policy. Mr. Hay, of course, has further amplified on the collaborative approach.

In our last presentation, we have a good example of how this might be done; or is it the kind of example we should use? It has obviously worked in Vancouver. It works for the Downtown Eastside. I have been through that area, and I can appreciate how the Vancouver Agreement has worked well there. There is another initiative in Winnipeg, and maybe some others of varying kinds, but it certainly is a collaborative approach, bringing all levels of government and the community together to deal with specific issues.

How broadly can we use that approach in the population health context? Is it a good model? What are the dos and don'ts? What have we learned that is good about it and not so good about it? Do you think there is anything else that might also be an application of bringing about all these horizontal links? That question can be addressed to all five witnesses.

**Dr. Hancock:** Mr. Bradford spoke about the pilot study nature, and I think it was Monique Bégin who said Canada is a nation of pilot studies. I am not sure that doing it on a city-by-city, agreement-by-agreement basis is the way to go. It might work when you have half a dozen or a dozen big cities, but how do you then take that approach to Bradford or Kelowna or Fredericton? How do you systematize the approach so that you do not have to negotiate a separate agreement for every city? I do not think that in the long term it would be an effective way to go.

Also, how do you ensure that within the federal government, for example, that same collaborative approach is modelled across the different departments who have to work together around this? I am not sure I have answers to that, but I would be concerned that it not become a series of special-case, one-off situations.

**Senator Eggleton:** One size does not fit all.

**Dr. Hancock:** That is certainly a piece of it. Each community is different. I think you can apply some principles and overall processes, but trying to manage this top down or to manage this as we did it here in Vancouver, saying this is the way you have to do it in Fredericton, will not work.

At the same time, you do not want to have to negotiate 300 separate agreements across the country, so somewhere in between. Discussing with people from the Federation of Canadian Municipalities, FCM, how they would approach it would be valuable.

**Senator Eggleton:** Okay.

Tout ce que les gens ici présents ont dit aujourd'hui est valable. Je suis certainement d'accord avec le Dr Hancock sur la question des principes, et avec M. Bradford sur ce qu'il a dit au sujet des programmes et des politiques à dimension locale et communautaire. M. Hay a pour sa part précisé la question de l'approche commune, bien entendu.

Le dernier exposé nous offre un bon exemple de la façon dont ça peut être fait. Est-ce le genre d'exemple dont nous devrions nous inspirer, en fait? Il est évident que ça a fonctionné à Vancouver. Ça fonctionne dans l'Est du centre-ville. J'ai visité ce quartier, et je sais que l'Accord de Vancouver a donné des résultats là-bas. Il y a une autre initiative à Winnipeg, et il y en a peut-être d'autres, des initiatives différentes, mais c'est certainement une approche commune, qui réunit tous les ordres de gouvernement et les intervenants de la collectivité pour aborder des questions précises.

À quel point pouvons-nous utiliser cette approche de façon générale dans le contexte de la santé des populations? Est-ce un bon modèle? Quelles sont les choses à faire et les choses à éviter? Quelles sont les bonnes choses et les choses moins bonnes que vous allez avoir apprises à ce sujet? Selon vous, y a-t-il une quelconque autre façon d'appliquer cette idée de créer tous ces liens horizontaux? Les cinq témoins peuvent répondre à la question.

**Dr Hancock :** M. Bradford a parlé du fait que c'est une étude pilote, et je pense que c'est Monique Bégin qui a dit que le Canada est un pays d'études pilotes. Je ne suis pas sûr que de faire ça ville par ville, accord par accord soit la bonne façon de procéder. Ça peut fonctionner si c'est fait dans une demi-douzaine ou dans une douzaine de grandes villes, mais comment faire alors pour utiliser cette approche à Bradford, à Kelowna ou encore à Fredericton? Comment systématiser l'approche de façon à ne pas avoir à négocier une entente distincte pour chaque ville? Je ne pense pas que ce soit une façon efficace de procéder à long terme.

En outre, comment s'assurer, au sein du gouvernement fédéral, par exemple, que l'approche commune est utilisée comme modèle dans les différents ministères qui doivent travailler ensemble là-dessus? Je ne suis pas sûr de pouvoir répondre à ces questions, mais, ce qui m'inquiéterait, c'est que ça devienne une série de cas particuliers, de situations ponctuelles.

**Le sénateur Eggleton :** Il n'y a pas de solution universelle.

**Dr Hancock :** C'est certainement un élément de la solution. Chaque collectivité est différente. Je crois qu'on peut appliquer certains des principes et des procédés globaux dont il s'agit, mais si c'est pour essayer de prendre l'affaire de haut ou de l'aborder comme nous l'avons fait ici à Vancouver, en disant voici ce que vous devez faire à Fredericton, ça ne fonctionnera pas.

En même temps, on ne veut pas être pris pour négocier 300 ententes distinctes pour l'ensemble du pays; il faut donc chercher une solution qui se situe entre les deux possibilités. Il serait utile de discuter avec les représentants de la Fédération canadienne des municipalités, la FCM, de la façon dont ils aborderaient cela, de leur côté.

**Le sénateur Eggleton :** D'accord.

**Ms. Lattey:** I will make a couple of comments in response. I think your first point about leadership from the top is very important. Given our political system in Canada, where federal, provincial and municipal governments change, you lose the continuity. The reason the Vancouver Agreement was so successful in its first years was because there was a strong commitment from all three levels of government, from high-up political leaders. As soon as governments change, they tend to disregard many of the initiatives of the previous government, and then you lose that commitment. Some way for continuation must be built in; otherwise you get stop start, stop start. That is a key point, and without that, I do not think it can be successful.

The second point you made was about how broad this should be. One difficulty we have experienced in the Vancouver Agreement is that it is very broad. It covers social, economic, health, safety and security. It is very difficult for one group to address all those issues and to coordinate with all the federal, provincial and municipal governments on all levels on all those initiatives. You need a scope that is much more clearly defined.

One of the previous speakers talked about Canada's being an expert at carrying out experiments. Each one of these is, indeed, an experiment that we can learn from. It would be taking on an awful lot to implement something like this across Canada with all sorts of communities. You would have to pick and choose some places where you wanted to give it a try.

**Ms. Neilly:** I would add to Ms. Lattey's comments that you still need to have a holistic approach. That is why it is challenging. You cannot focus on housing without thinking about the health needs of the individuals in the housing. How are they spending? How are they connected with the community? Do they have friends? Do they have a meaningful employment or volunteer opportunity to go to during the day? You still need to take a holistic approach.

**Mr. Bradford:** I might take brief issue with Dr. Hancock's notion here. If we are thinking about principles and human development, the strength of this urban development agreement model is that you do get the three levels of government at the table with the different resources they can bring to these complex problems. You also engage the community.

Western Economic Diversification has piloted five of these across the Western provinces dating back to 1981 or 1982. The other regional development agencies in Eastern and Central Canada might also begin to think about what would be an

**Mme Lattey :** Je vais faire quelques observations en réponse à cela. À mon avis, le premier point que vous avez fait valoir, à propos du leadership, est très important. Compte tenu du système politique que nous avons au Canada, où les élus fédéraux, provinciaux et municipaux changent, il y a une continuité qui se perd. Si l'Accord de Vancouver a tant porté fruit les premières années, c'est que les trois ordres de gouvernement, depuis les hautes instances mêmes, s'étaient engagés fermement à l'appliquer. Dès que les gouvernements changent, on a tendance à laisser tomber bon nombre des initiatives du gouvernement précédent, puis il y a cet engagement qui s'érode. Il faut trouver une façon d'assurer la continuation; sinon, on ne fait qu'avancer par à-coups. C'est là un élément clé de l'équation; si nous ne régions pas ce problème-là, je ne crois pas que le projet puisse porter fruit.

En deuxième lieu, vous avez demandé jusqu'à quel point il faut élargir le champ d'application du projet. Une des difficultés que nous avons éprouvées en rapport avec l'Accord de Vancouver réside dans son champ d'action très vaste, justement. L'accord englobe les questions sociales, l'économie, la santé et la sécurité. Il est très difficile pour un seul groupe de s'attaquer à toutes ces questions et de tout coordonner avec les administrations fédérale, provinciales et municipales, à tous les niveaux, en rapport avec toutes les initiatives en question. Il faut définir beaucoup plus clairement les limites du projet.

Avant moi, quelqu'un a dit que le Canada était comme un savant dans un laboratoire, friand d'expériences. Chacun des projets dont nous parlerons représente bel et bien une expérience dont nous pouvons tirer des enseignements. Implanter un projet comme cela dans l'ensemble du Canada, auprès de toutes sortes de collectivités, représenterait une tâche redoutable. Il faudrait choisir avec circonspection les endroits où on mettrait cela à l'essai.

**Mme Neilly :** J'ajouterais ceci aux commentaires de Mme Lattey : il faut encore adopter une approche globale. Voilà pourquoi c'est si difficile. On ne peut s'occuper de logement sans songer aux besoins en santé des personnes qui occupent un logement. Quelles sont leurs dépenses? Quels sont leurs liens avec la collectivité? Ont-elles des amis? Ont-elles quelque chose à faire pendant la journée — un emploi ou un travail bénévole gratifiant? Il faut encore adopter une approche globale.

**M. Bradford :** Je dirai rapidement ici que je ne suis pas d'accord avec le point de vue du Dr Hancock. S'il est question de principes et de développement humain, il faut dire ceci : le point fort du modèle d'accord sur le développement urbain dont nous discutons réside dans le fait que les trois ordres de gouvernement amènent à la table des ressources différentes qu'ils peuvent mettre à profit pour résoudre les problèmes complexes inhérents à la situation. De même, il faut solliciter la participation de la collectivité.

Diversification de l'économie de l'Ouest applique depuis 1981 ou 1982 cinq de ces projets, dans les provinces de l'Ouest. Les responsables des organismes de développement régional de l'Est et du Centre du Canada pourraient commencer à réfléchir à

appropriate kind of model for the Toronto area around issues like immigrant settlements and so forth, where there are particular challenges that define that place or community.

One can imagine rolling more of those out in urban centres; they complement very nicely the Community Futures program, which does a similar kind of integrative activity in towns and communities of less than 100,000 people. We have 268 Community Futures development corporations across the country. They are doing precisely this kind of integrative work in the rural parts of the country.

There might be an interesting complement between an urban development framework for the larger cities and Community Futures on the smaller scale, if we could encourage a dialogue across the two about best practices. That is where we are doing the kind of systematic work that we have seen in places like England or the United States, as they think about place and community and public policy.

**Dr. Hancock:** I do not disagree. I was trying to get at the question of how do you systematize it. That is a very good idea.

**Mr. Hay:** I was going to take issue with Dr. Hancock too, because I think the city-by-city approach — with leadership and resources, et cetera — represents an opportunity. It is a ground-up opportunity. If there are provincial and local leadership and champions, build on where the energy and the activity is and build a system from the bottom up.

Senator Keon's notion about a particular federal ministry and associated vertical responsibility right down to the community would be a good addition at the same time because it would help coordinate those things.

There are many systems, institutions and, broadly speaking, infrastructure to build on without having necessarily to go into a community and say we need to create an urban agreement. There is already knowledge and at least a high-level, shared understanding in most of those regions and communities about particular problems and challenges, and particular organizations and structures are addressing them.

From the population health perspective, the Chief Public Health Officer's report sets a range of priorities in the public and population health area. You can take those into your work to make suggestions about the governance structures and models, the particular policy priorities. Then you have an agenda to build on the various structures.

ce qui constituerait un modèle approprié pour la région de Toronto, compte tenu de certaines questions, par exemple les immigrants qui y sont établis, dans la mesure où cet endroit-là, cette collectivité-là présente des problèmes particuliers.

On peut imaginer l'application de projets du genre dans un plus grand nombre de centres urbains; c'est un complément très intéressant au Programme de développement des collectivités, qui permet d'accomplir un travail d'intégration semblable dans les villes et localités de moins de 100 000 habitants. Il y a 268 sociétés d'aide au développement des collectivités disséminées au Canada. C'est précisément ce travail d'intégration-là qu'elles prennent en charge dans les régions rurales du pays.

Le fait que le cadre de développement urbain des grandes villes et celui du Programme de développement des collectivités, à plus petite échelle, se complètent bien devient intéressant dans la mesure où nous pouvons encourager un dialogue sur les pratiques exemplaires. Le travail systématique que nous réalisons a ainsi pour référence des lieux comme l'Angleterre ou les États-Unis, là où les responsables des projets de cette nature réfléchissent aux notions de lieu, de collectivité et de politique publique.

**Dr Hancock :** Je n'ai rien contre cela. J'essaie de savoir comment on peut systématiser le travail. C'est une très bonne idée.

**M. Hay :** Je vais contester le point de vue du Dr Hancock moi aussi, car, à mon avis, l'approche locale, par ville — avec les dirigeants et les ressources et tout le reste — représente une occasion à saisir. Le mouvement proviendrait de la base. Dans la mesure où il y a à l'échelle provinciale et à l'échelle locale des dirigeants et des leaders, il faut capitaliser sur l'énergie et l'effort qu'ils déplacent, et construire un système depuis la base.

En même temps, l'idée du sénateur Keon, soit qu'il y ait un ministère fédéral en particulier qui entre en jeu avec une responsabilité qui part de là et descend jusque dans la collectivité, est judicieuse, car elle favoriserait une meilleure coordination des éléments en cause.

Nous pouvons prendre pour point de départ un grand nombre de systèmes, d'institutions et, pour parler de manière générale, d'éléments d'infrastructure, sans avoir forcément à dire aux responsables d'une collectivité : nous devons créer un accord sur le développement urbain. Les gens connaissent déjà la situation, du moins dans les hautes sphères, ils ont en commun dans la plupart des régions et des collectivités en question une certaine compréhension des problèmes et des défis qui se posent, de même que des organismes et des structures conçus pour s'y attacher.

Pour ce qui est de la santé de la population, le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique énonce toute une série de priorités concernant la santé publique et la santé de la population. En prenant ces priorités-là pour référence, vous pouvez formuler des propositions touchant les modèles et les structures de gouvernance, les politiques particulières à adopter. À ce moment-là, vous avez en main un programme d'action qui aura pour point d'ancre les diverses structures mentionnées.

Maybe some more formal things need to be worked out, like an urban agreement. Maybe they already exist and you can just modify and build on those. However, I think a city-by-city approach could be a way to go if there are not sufficient resources and leadership for something grander that comes from the national leadership, which potentially could be perceived as being imposed from the top down. You have a number of conflicts.

**Dr. Hancock:** Maybe I can clarify, because I do not think we are disagreeing that much. For example, the Vancouver Agreement is focused on the Downtown Eastside. It is not about the whole city of Vancouver.

**Senator Eggleton:** True.

**Dr. Hancock:** That is a very different thing; and some of those agreements that are designed to solve a specific problem in a specific area within a city are very different from what would be an agreement for all of Vancouver.

While there clearly has to be tailoring to every city if you are going to do this, or every community — let us get away from just cities and go down to those communities of 10,000 or 20,000 or 30,000 people — you do not want to have to reinvent the wheel every time you do it. What are the generic principles you can apply across all of those communities? Then you can tailor specific agreements if you need to.

That is where the leadership and the national and systemic approaches need to come from. What are the generic rules and approaches that you apply across all communities? They all need some sort of support at a local level to do things. It obviously has to be locally relevant and locally directed, but there are some overarching issues you can approach as well. It is not either/or; it is both/and.

**Senator Eggleton:** For my last question, I would like to ask Ms. Neilly about other agreements that come under Western Economic Diversification. Mr. Bradford mentioned that there are some, and I do know the one in Winnipeg. How different are they? Are they working well?

**Ms. Neilly:** Winnipeg, Regina and Saskatoon have other agreements, each one being different. The Winnipeg Agreement has been in place for about 25 years, I believe, which makes it the oldest. In all cases, the partners have agreed that a comprehensive and coordinated approach to their particular issues has worked well.

**Senator Champagne:** I will broach a small point within the entire spectrum of population health. Dr. Hancock, you opened the door to this for me when you talked about healthy hospitals. Will there be a day when all those socio-economic problems will disappear? I know well what I am talking about because I became ill with septic shock from meningococcal bacteria. Fortunately, I

Peut-être faudra-t-il établir quelque chose de plus officiel, par exemple un accord sur le développement urbain. Peut-être que la chose officielle en question existe déjà et qu'il vous suffira de la modifier ou de l'enrichir. Tout de même, l'approche locale, ville par ville, me semble représenter une bonne option, dans la mesure où les instances nationales ne mettent pas à contribution les ressources et la volonté nécessaires à un projet de plus grande envergure, qui pourrait être perçu comme solution imposée par la hiérarchie. Il y a là un certain nombre de conflits possibles.

**Dr Hancock:** Si vous le permettez, j'apporterai une précision là-dessus, car, à mon avis, nos positions ne sont pas si éloignées l'une de l'autre. Par exemple, l'Accord de Vancouver s'applique au Downtown Eastside. Il ne s'applique pas à la ville dans son ensemble.

**Le sénateur Eggleton :** Cela est vrai.

**Dr Hancock :** C'est très différent; et certaines des ententes conclues pour régler un problème particulier dans un secteur particulier de la ville diffèrent sensiblement de l'entente globale qui s'appliquerait à toute la ville de Vancouver.

S'il faut évidemment adapter la solution à chaque ville, s'il est question d'appliquer cela à toutes les collectivités — songeons un instant au fait qu'il n'y a pas que les villes, pensons à ces localités de 10 000, 20 000 ou 30 000 habitants —, il est inutile de réinventer la roue chaque fois. Quels sont les principes généraux qui peuvent s'appliquer à l'ensemble des collectivités en question? Sachant cela, on peut adapter les accords particuliers aux besoins.

Voilà où doivent se situer le leadership et les approches nationales et générales dont il est question. Quelles sont les règles et les approches générales qui peuvent s'appliquer à l'ensemble des collectivités? Pour agir, il faut pouvoir compter toujours sur une forme quelconque d'appui local. Évidemment, l'affaire doit être pertinente localement et dirigée localement aussi, mais il y a tout de même des questions générales qui peuvent s'appliquer à l'ensemble. Il ne s'agit pas de savoir s'il faut choisir un ou l'autre; les deux options se complètent.

**Le sénateur Eggleton :** Ma dernière question s'adresse à Mme Neilly. Je lui demanderai de me parler des autres accords qui relèvent de Diversification de l'économie de l'Ouest. M. Bradford a mentionné le fait qu'il y a de tels accords, et je sais pour moi-même qu'il y en a un à Winnipeg. Quelles sont les différences entre ces accords? Est-ce qu'ils portent fruit?

**Mme Neilly :** Winnipeg, Regina et Saskatoon ont chacune leur accord, différent des autres. L'Accord de Winnipeg s'applique depuis 25 ans environ, je crois, ce qui veut dire qu'il est le plus vieux. Dans tous les cas, les partenaires s'entendent pour dire qu'une approche globale et concertée des problèmes particuliers qui sont les leurs porte fruit.

**Le sénateur Champagne :** Je vais aborder un aspect très particulier de la grande question de la santé de la population. Docteur Hancock, vous m'avez ouvert la porte en parlant de la santé des hôpitaux. Tous ces problèmes socioéconomiques disparaîtront-ils un jour? Je sais très bien de quoi je parle : j'ai subi un choc septique dû à la bactérie méningococcique.

was spared infection from *Clostridium difficile*, commonly known as *C. difficile*. How and when will we be able to make our hospital healthy places?

**Dr. Hancock:** That is a big question. The bugs will always be with us, so we will never be free of such infections. How do you minimize that? There was a period 30 years ago when we thought we had overcome bacterial infection, but we have not done so and we never will. The bacteria are more adaptable than we are and more able to respond. They will not disappear, so we need to determine how to minimize their presence. That is an important part of making a healthy hospital a safe place to be, but it involves much more than that.

How do you create a healing environment for patients beyond the basic necessities of being safe, so that they are getting a good night's sleep and feeling at ease and relaxed? How do you make it a healthy workplace for staff? Curiously, hospitals are unhealthy work places for a variety of reasons. How do you make it environmentally responsible? I was one of the founders of the Canadian Coalition for Green Health Care. We have been working on that for more than a decade, and gradually it is catching on. How do you reduce the environmental impact of the health care sector, which amounts to 10 per cent of the Canadian economy? It has a large environmental impact and we have not paid much attention to that until recently.

Certainly, the issue of infection exists and it will not disappear. The question is how to minimize it.

**Senator Champagne:** I do hope that resources, research, information and action will improve this. Three septic shocks within a three-week period is not recommended for any grandmother.

**Senator Cook:** Mr. Bradford, I am preoccupied with the concept of pilot projects. It seems that this nation exists on pilot projects. What happens after a pilot project ends? What percentage would integrate into a system? I will give you an example of the Heart Health Program. In the province of Newfoundland and Labrador, my daughter finished her graduate studies, became the one-person project and landed her first job. It was a marvellous experience for her. I became familiar with it, but after five years, the funding was gone. It was a federal program, administered by the Province of Newfoundland and Labrador. The provincial health caregivers they needed were seconded and everything was in place. Unless there is some oversight built in and monitoring to acknowledge that something

Heureusement, je n'ai pas été infectée à *Clostridium difficile*, ou, comme on le dit couramment, *C. difficile*. Comment allons-nous faire pour que nos hôpitaux soient des lieux sains et quand allons-nous le faire?

**Dr Hancock :** Voilà une bien grande question. Il y a aura toujours des germes; nous ne nous déferons jamais entièrement de telles infections. Comment faire pour réduire cela au minimum? Pendant un certain temps, il y a 30 ans de cela, nous pensions avoir vaincu les infections bactériennes, mais nous n'avions pas gagné le combat, et nous ne le gagnerons jamais. Les bactéries ont une plus grande faculté d'adaptation que nous, et elles réagissent mieux. Elles ne disparaîtront pas; il nous faut donc déterminer comment procéder pour réduire au minimum leur présence. C'est une tâche importante dont il faut s'acquitter pour se donner des hôpitaux sains, mais il y a bien plus que cela qui entre en ligne de compte.

Comment créer un environnement sain pour les patients, au-delà des nécessités, par exemple être protégé contre les infections, pour qu'ils puissent dormir sur leurs deux oreilles, se sentir à l'aise, se détendre? Comment faire pour que ce soit un milieu de travail sain du point de vue du personnel? Curieusement, les hôpitaux ne constituent pas des lieux de travail sains, pour toutes sortes de raisons. Comment faire pour que les hôpitaux soient responsables du point de vue environnemental? Je suis membre fondateur de la Canadian Coalition for Green Health Care. Nous nous attachons à cette question-là depuis plus de 10 ans et, progressivement, l'idée fait des adeptes. Comment réduire l'impact environnemental du secteur de la santé, qui représente 10 p. 100 de l'économie canadienne? C'est un grand impact environnemental auquel nous ne sommes pas vraiment attachés, jusqu'à une époque récente.

Certes, les infections existent, et elles ne vont pas disparaître. Il s'agit de savoir comment les réduire au minimum.

**Le sénateur Champagne :** J'espère quand même que les ressources mobilisées, les recherches effectuées, les informations réunies et le plan d'action établi permettront d'améliorer la situation sur ce point. Trois chocs septiques en trois semaines : c'est à déconseiller à toute grand-mère.

**Le sénateur Cook :** Monsieur Bradford, je me préoccupe du concept des projets pilotes. Il me semble que notre pays repose entièrement sur des projets pilotes. Qu'advient-il au terme d'un projet pilote? Quel pourcentage est intégré à un système? Je prendrai pour exemple le programme de santé cardiaque. À Terre-Neuve-et-Labrador, ma fille, après avoir terminé ses études supérieures, est devenue la femme-orchestre responsable du projet et a décroché son premier emploi. Cela a été pour elle une expérience merveilleuse. J'ai appris à bien connaître le programme, mais, après cinq ans, le financement s'est tarri. C'était un programme fédéral administré par la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Les soignants provinciaux qu'il fallait avaient été prêtés à l'organisme; tout était en place. À moins de

needs to happen, are such pilot projects counterproductive? What do they cost in Canada?

**Mr. Bradford:** Thank you for the question. I do not have the figures or the percentages of those pilot programs, so I would not want to claim to have knowledge of that. To your broader question of whether they are counterproductive, no, they are not. Rather, they represent the untapped genius of our federal system. This is a particular comparative advantage at the federal level in Canada that we are able to explore and launch these policy collaborations on wicked issues that fall mainly under provincial jurisdiction. As well, we are able to do it in an experimental-driven or learning kind of way. The major challenge and the reason that this is an untapped genius of our federal system is that we do not build-in the transition issues that inevitably arise. The federal government has to link that knowledge in experimentation to the hand-offs — the provincial governments, the municipal governments and the community organizations, such as the United Way, that they might have engaged in those pilot projects over the five years. You have to embed the transition thinking into the pilot planning. Then you will have a dynamic kind of interplay between federal, provincial and municipal governments, with the federal government playing that larger leadership role on leading-edge research and testing out new approaches. We are not there yet.

**Senator Cook:** Can we get there? Do you advocate us doing that? Another project had to do with nutrition for communities. The people who enter into such projects are usually the young who are just landing their first jobs and believe that anything and everything is possible. They pour all that they have into these projects and then there is nothing when the projects come to an end. What can we do to ensure that ongoing pilot projects become part of our lifestyle?

**Mr. Bradford:** For the proposed ministry of human development, one of the core elements of a mandate could be to ensure that we are world class at this kind of pilot project activity. We need to think up front about these issues of hand-off and ensure that the federal government is working with the various partners in the provinces and the municipalities to move things forward. That might involve transition funding, mentoring or knowledge transfer. We can be very good in this area. If we had an institutional focal point for leadership around this, the possibilities would be exciting.

**Senator Cook:** The Vancouver Agreement has done wonderful things. The fourth bullet of your presentation is about a strong sense of community. Surely if we had that element up front in any of those programs, it would be incumbent upon government to

prévoir un droit de regard sur l'affaire et de contrôler les projets afin de pouvoir reconnaître qu'il faut faire telle ou telle chose à un moment donné. faut-il croire que les projets pilotes du genre sont antiproductifs? Quel en est le coût au Canada?

**M. Bradford :** Merci de poser la question. Je n'ai pas les statistiques devant moi; je ne sais pas quel pourcentage représente les programmes pilotes en question. Je ne prétendrais donc pas connaître cette affaire-là. Pour répondre à la question plus générale que vous posez, quant à savoir si ces projets sont antiproductifs, je dirais : non, ils ne le sont pas. Au contraire, ils représentent une ressource précieuse et inexploitée de notre système fédéral. Il y a là un avantage comparatif particulier que l'on peut observer à l'échelle fédérale au Canada : nous sommes en mesure de lancer et d'étudier des projets de collaboration sur de terribles questions de politique qui relèvent principalement des provinces. De même, nous y allons de manière à expérimenter ou à apprendre d'une manière ou d'une autre. Le défi principal qui se pose et la raison pour laquelle il s'agit d'une ressource précieuse et inexploitée de notre système fédéral, c'est que nous ne prévoyons pas les mécanismes de transition nécessaires face aux problèmes qui surviennent inévitablement. Le gouvernement fédéral doit lier les connaissances acquises grâce à l'expérimentation aux transferts d'argent effectués — vers les gouvernements provinciaux, les administrations municipales et les organismes communautaires comme Centraide; c'est qu'ils participent aux projets pilotes sur les cinq années prévues. Il faut réfléchir à la transition en planifiant le projet pilote. À ce moment-là, il y aura une sorte d'interaction dynamique entre les autorités fédérales, provinciales et municipales, où le gouvernement prend davantage à sa charge le leadership touchant les recherches d'avant-garde et la mise à l'essai des approches nouvelles. Nous n'en sommes pas encore là.

**Le sénateur Cook :** Pourrions-nous y arriver? Recommandez-vous que nous essayions cela? Il y a un autre projet qui portait sur la nutrition dans les collectivités. Les gens qui se lancent dans de tels projets, d'habitude, sont des jeunes qui viennent de décrocher leur premier emploi et qui croient que tout est possible. Ils s'investissent à fond dans le projet, puis il n'y a plus rien pour eux une fois que le projet prend fin. Que pouvons-nous faire pour nous assurer que les projets pilotes en cours deviennent un élément de notre style de vie?

**M. Bradford :** Pour parler du ministère du développement humain qui est proposé, un des éléments fondamentaux de son mandat consisterait à s'assurer que nous excellions entre tous les pays à ce genre de projet pilote. Il nous faut réfléchir dès le début aux questions relatives aux transferts d'argent et nous assurer que le gouvernement fédéral collabore avec les divers partenaires des provinces et des municipalités à faire avancer le dossier. Cela suppose peut-être un financement de transition, un mentorat ou un transfert de connaissances. Nous pouvons faire un très bon travail sur ce point. Si nous disposions d'un centre institutionnel de leadership sur ce point, les possibilités seraient exaltantes.

**Le sénateur Cook :** L'accord de Vancouver a permis d'accomplir des choses merveilleuses. Le quatrième point de votre exposé évoque un solide attachement à la collectivité. Indéniablement, s'il y avait cet élément-là au départ, pour quelque

maintain that and to look after its well-being. There are all kinds of good things built into this pilot project as I look at the outcomes, but what can we do to ensure that it remains an ongoing, living document process? People will always need this kind of service. It is not a handout. It is a hand up.

**Mr. Bradford:** There are two ways to think about that. First, as Vancouver has done, you renew the pilot framework on a five-year basis. Winnipeg has done that four or five times. Second, try to think about how to hand off and institutionalize the urban development agreement as a policy model across the country, and there you have to build linkages into a new ministry for human development. You have to link it into the new deal for cities and communities. You therefore have a structured, departmental hand-off so that you really embed this as part of the Canadian approach to human and social development. We get beyond the pilots in that way.

In either case, good evaluation of successes, failures and how we learn from these agreements is critical, because you have to make the case for this kind of institutionalization.

**Senator Cook:** I commend them for their partnership benefits to business. I think that is the key.

I will state in my simplicity and sense of humour, being from Newfoundland, that the grocery store determines whether I will be healthy or not. That is where I go to buy my food. Canadians may or may not be able to afford to buy healthy foods, not only from a cost perspective but from a packaging perspective. The local grocery store I go to must think I am a strange woman; I live alone and always ask them to cut a cabbage in two.

It is the simplicity of caring for people in community. I think that our grocery stores or chains have to be an integral part of this if we want to move forward with a public health structure that will be comprehensive.

**Mr. Hay:** I certainly want to reinforce what Mr. Bradford has said. I very much agree with him.

I think there must be recognition that the governance and institutions and other things we have been talking about are tools and institutions to support problem solving. When you put a problem, such as inadequate nutrition or poverty, on the table, you need that focus in order to help legitimize, whether it is support through renewals of agreements or it eventually becomes institutionalized through the kind of planning and dedicated approaches that Mr. Bradford mentioned. All of that is very important.

One way to get there, and what you have written in some of your reports, is by setting goals and targets. If you want to do something about poverty, you must reduce it, I would assume, by a certain percentage by a certain time. That is another way, to

programme que ce soit parmi ceux-là, il appartiendrait au gouvernement de maintenir la donne, de chercher à conserver cet acquis. Quand je regarde les résultats, je vois qu'il y a toutes sortes de bonnes choses qui sont intégrées à ce projet pilote, mais je me demande ce que nous pouvons faire pour nous assurer que ça demeure un processus organique. Les gens auront toujours besoin de ce genre de service. Ce n'est pas la charité, c'est un coup de main.

**M. Bradford :** Il y a deux façons de concevoir cela. Soit on renouvelle le cadre pilote tous les cinq ans, comme on l'a fait à Vancouver. Winnipeg l'a fait quatre ou cinq fois. Soit on réfléchit à la façon d'effectuer le transfert et d'officialiser l'accord sur le développement urbain de manière à en faire un modèle de politique valable pour l'ensemble du pays; à ce moment-là, il faut nouer des liens avec le nouveau ministère du développement humain. Il faut lier cela à la nouvelle entente sur les villes et les collectivités. Cela donne donc un transfert ministériel structuré qui s'inscrit vraiment l'affaire dans l'approche canadienne du développement humain et du développement social. C'est une façon d'aller au delà des projets pilotes.

Dans un cas comme dans l'autre, il est impératif de procéder à une bonne évaluation des cas de réussites et d'échecs, et de déterminer ce que les accords en question nous apprennent, car il faut établir les arguments en faveur de ce genre d'officialisation.

**Le sénateur Cook :** Je les félicite de ce que leur partenariat apporte au domaine. Je crois que c'est là l'élément clé de l'équation.

Je l'affirmerai avec simplicité et humour, vu que je suis originaire de Terre-Neuve : c'est l'épicier qui détermine si je suis en santé ou non. C'est de lui que j'achète ma nourriture. Les Canadiens ont ou n'ont pas les moyens d'acheter des aliments sains, du point de vue non seulement des coûts, mais aussi de l'emballage. Mon épicer local doit trouver que je suis une femme étrange : je vis seule et je demande toujours qu'on coupe le chou en deux.

C'est simple : c'est se soucier des gens que l'on côtoie. Je crois que nos épiceries ou chaînes d'alimentation doivent faire partie intégrante de la solution, pour que nous puissions aller de l'avant et nous donner une structure de santé publique globale.

**M. Hay :** Je veux certainement confirmer ce que M. Bradford a dit; je suis tout à fait d'accord avec lui.

Je crois qu'il faut reconnaître que la gouvernance et les institutions et les autres trucs dont nous parlons représentent des outils de travail et des institutions qui permettent de soutenir la résolution de problèmes. Lorsqu'on étudie un problème, par exemple la mauvaise alimentation ou la pauvreté, il faut cela pour légitimer son action, qu'il s'agisse d'un soutien qui passe par le renouvellement d'accords établis ou d'un schéma qui s'officialise grâce à la planification et au dévouement que M. Bradford a évoqués. Tout cela est très important.

Une façon d'y arriver — vous en avez parlé dans certains de vos rapports —, c'est de fixer des buts et des cibles. Si vous voulez agir devant la pauvreté qui existe, vous devez, je présume, la réduire d'un certain pourcentage dans un certain délai. Dans une

some extent, to institutionalize the mechanisms — and here we are talking about collaborative mechanisms — to ensure that goal is met over that period of time. If a group is committed to that goal, its members will continue to work together to solve those problems or they will determine it is taking longer than they thought, so they have to find other ways by broadening their partnership or what have you.

There are ways both to legitimize and to focus on various ways to institutionalize and support through time, beyond mere pilot projects.

**Dr. Hancock:** Pilot projects may be the genius of the system, but they are also the tragedy of the system because they breed cynicism in communities. When they do something innovative and good, they run for three years and then the funding ends and they are dead in the water. Sometimes, particularly for those complex problems, it takes two or three years just to get up and running, and then you are ready to start making an impact and the pilot gone.

Part of what must happen, as Mr. Bradford said, is the transition. Thinking must happen at the beginning, but if a pilot is working, it presumably is doing something better than the way we were doing it before. There must be some commitment to transfer the funds from what was not working to what is working. There must be an actual transfer of funds, and that is how you can allow it to be continuous.

**Senator Eaton:** I am grateful that you are all here; it has been very interesting. I was doing a bit of reading over the weekend. My goodness, it is frustrating; how long have population health issues been present? In the 1990s, we had Canada Health Plan 201. Thank goodness Dr. Keon is here, and maybe we can do something.

To bring up something Mr. Bradford and Senator Keon mentioned with respect to a ministry of human development, what strikes me is the lack of continuity. Governments change, minorities happen, priorities change. Instead of having a minister of human development, could we not have an advisory panel of human development that would be depolitized and federal and to which wonderful things like the Vancouver Agreement could feed their data and that perhaps could be a force that provincial and municipal people could use? It really worries me when I see population health being politicized by having a minister at the federal level.

The other thing I think about is whether the federal government should soon start making Canadians aware of what population health goals should be. I was alive in the days of the campaigns I am about to mention, and I hope everyone else was as well. If you remember, ParticipACTION got everyone talking. There was also the anti-smoking campaign. Neither of those

certaine mesure, il existe une autre façon d'officialiser les mécanismes — il s'agit ici de mécanismes collaboratifs —, soit de s'assurer que le but est atteint durant la période en question. Dans la mesure où un groupe tient à atteindre ce but, les membres vont continuer à travailler ensemble à résoudre ces problèmes-là ou ils vont déterminer que cela prend plus de temps que prévu et qu'ils doivent donc trouver d'autres façons d'y arriver en élargissant le partenariat ou je ne sais quoi encore.

Il existe des façons de légitimer l'action et de privilégier divers moyens d'officialiser et de soutenir l'action au fil du temps, au-delà des seuls projets pilotes.

**Dr Hancock :** Les projets pilotes représentent peut-être le trait distinctif du système, mais ils sont aussi l'expression tragique du système, car ils éveillent le cynisme au sein des collectivités. Lorsqu'ils débouchent sur quelque chose d'original et de bon, après trois ans, le financement se tarit, et c'est foutu. Parfois, particulièrement lorsqu'il s'agit de ces problèmes complexes, il faut deux ou trois ans pour seulement mettre les choses en marche, puis, dès que les effets de son action commencent à se faire ressentir, le projet pilote s'éteint.

Ce qu'il faut faire notamment, comme M. Bradford l'a dit, c'est assurer la transition. Réfléchir à ce qui doit arriver au départ, mais, dans la mesure où un projet pilote fonctionne, il est à présumer que son action est supérieure à ce qui a été fait auparavant. Il faut donc que les gens s'engagent d'une façon ou d'une autre à transférer les fonds de la chose qui ne fonctionne pas à celle qui fonctionne. Il faut qu'il y ait un transfert de fonds en tant que tel, et c'est ce qui permet de poursuivre.

**Le sénateur Eaton :** Je vous suis reconnaissant à tous d'être là; notre discussion a été très intéressante. Je faisais un peu de lecture en fin de semaine. Mon Dieu, que c'est frustrant; cela fait combien de temps que les problèmes de santé de la population sont présents? Durant les années 90, nous avions le plan pour le régime d'assurance-maladie d'ici 2001. Dieu merci. Le Dr Keon est là, et nous allons peut-être pouvoir agir.

À propos de ce que M. Bradford et le sénateur Keon ont souligné concernant le ministère du développement humain, ce qui me frappe, c'est l'absence de continuité. Les gouvernements changent, ils sont minoritaires à l'occasion, les priorités changent. Plutôt qu'un ministre du Développement humain, ne pourrions-nous pas avoir un conseil consultatif du développement humain qui serait « dépolitisé » et fédéral, et qui recevrait les données de projets merveilleux comme celui de l'Accord de Vancouver et qui représenterait peut-être une force à la disposition des autorités provinciales et municipales? Je suis vraiment inquiet de constater qu'un ministre fédéral exploite la question de la santé de la population à des fins politiques.

L'autre réflexion que j'ai est la suivante : le gouvernement fédéral devrait-il commencer bientôt à sensibiliser les Canadiens aux objectifs à atteindre du point de vue de la santé de la population? J'étais là à l'époque des campagnes que je suis sur le point de mentionner, et j'espère que vous l'étiez tous aussi. Si vous vous rappelez, la campagne ParticipACTION a vraiment suscité

campaigns had a ministry, but the awareness that we provided Canadians helped them. Do you feel programs like those would be helpful?

**Mr. Hay:** I think programs such as those are definitely helpful. I think discussion is needed on your idea of advisory councils versus ministries. I certainly understand the concern or even fear of politicization of some of these processes, as was mentioned by Dr. Hancock and Mr. Bradford, this business of mandates and how things can change and go off track.

With respect to political bodies or advisory bodies, legitimate authority needs to be expressed, particularly when you are trying to change governance arrangements. You can certainly have educational activities, such as through ParticipACTION, around physical activity and smoking cessation, educating people about the dangers of second-hand smoke and such issues. It must be part of the process, and there will always be a network of community organizations, government bodies, private sector interests, et cetera, that will contribute to that educational debate.

However, in order to move people from one place to another, not simply in terms of behaviour but in terms of something more difficult, we actually need decision-making systems that will help to support those shifts. I think in that area there is a little more need for some sort of legitimate authority. A ministry of human development, as described, would be a contributor to that and not the silver bullet that solves that problem. It is always a mix of these things rather than it being one or the other.

**Senator Eaton:** If you have a ministry, it depends on who the Prime Minister is, what priority he assigns to it and whether the minister assigned is a junior minister or a senior minister. Would it be better to be a Crown corporation with certain rights?

**Mr. Hay:** As Senator Eggleton said earlier, the leadership is critically important. I made the same remark earlier.

A federal minister would have all the concerns and issues exactly as you described, Senator Eaton. A vertically integrated system also has a horizontal mandate and horizontal accountability, broadly speaking. No matter what happens with the Prime Minister or the federal government or the shifting of priorities, you have that whole other system already working on stuff that has already happened and bringing up activity at the community level. The opportunity is to make the links from the top to the bottom, so the bottom sometimes will very much drive the top.

la discussion. On pourrait dire la même chose de la campagne contre la cigarette. Ni l'une ni l'autre de ces campagnes était dotée d'un ministère, mais le travail de sensibilisation accompli a bel et bien été utile aux Canadiens. Croyez-vous que des programmes comme ceux-là seraient utiles?

**M. Hay :** Je suis d'avis que des programmes comme ceux-là sont certainement utiles. Je crois qu'il faut discuter de votre idée de déterminer s'il faut un conseil consultatif plutôt qu'un ministère. Je comprends certainement la préoccupation, voire la peur de voir certains des procédés dont il est question exploités à des fins politiques, comme l'ont mentionné le Dr Hancock et M. Bradford, avec l'histoire des mandats et la façon dont les choses peuvent changer et dérailler.

Quant aux organismes politiques et organismes consultatifs, ils doivent incarner une autorité légitime, particulièrement s'il s'agit de modifier les dispositions relatives à la gouvernance. Certes, on peut organiser des activités pédagogiques, par exemple au moyen d'une campagne du style ParticipACTION, à propos de l'activité physique et de l'idée de cesser de fumer, pour renseigner les gens sur les dangers de la fumée secondaire et d'autres questions du genre. Ce doit être un élément du jeu, et il y aura toujours un réseau d'organismes communautaires, d'organismes gouvernementaux, d'intérêts privés et ainsi de suite qui apporteront leur contribution à ce débat pédagogique.

Tout de même, pour nous assurer que les gens passent bien d'un point à l'autre, et je ne parle pas simplement du comportement, mais aussi des choses qui sont plus difficiles, en vérité, il nous faut des systèmes décisionnels qui soutiennent les mutations souhaitées. Sur ce plan, à mes yeux, il faut un peu plus d'autorité légitime. D'après la description qui en est faite, un ministère du développement humain apporterait une pierre à cet édifice-là sans constituer toutefois la solution universelle au problème. C'est toujours une combinaison de ces facteurs qu'il faut prendre en considération plutôt que de penser que c'est l'un ou l'autre.

**Le sénateur Eaton :** Dans la mesure où il y a un ministère, il faut savoir qui est premier ministre, quelle importance il accorde au dossier et si la personne qu'il nomme au poste de ministre est un personnage de premier ou de second rang. Vaudrait-il mieux avoir une société d'État avec certains droits?

**M. Hay :** Comme le sénateur Eggleton l'a dit plus tôt, la question du leadership revêt une importance capitale. J'ai fait la même remarque plus tôt moi-même.

Un ministre fédéral se retrouverait devant l'ensemble des questions et des préoccupations que vous avez décrites, très exactement, sénateur Eaton. Le système qui est verticalement intégré comporte aussi un mandat horizontal et une responsabilité horizontale, de façon générale. Quoi qu'il advienne du premier ministre ou du gouvernement fédéral ou encore des priorités, qui peuvent évoluer, il y a tout ce système qui est déjà fonctionnel et qui éveille l'activité à l'échelle communautaire. C'est l'occasion de faire des liens entre le sommet et la base, de sorte que la base, parfois, détermine beaucoup ce qui anime les gens au sommet.

The Honourable Monique Bégin was on the advisory council for the population health report I completed when I was at the Canadian Institute for Health Information, CIHI. She made the issue very clear when she asked who you respond to. Of course as a minister you respond to the Prime Minister and the direction from cabinet. However, you very much respond to the public. That was the point Monique Bégin made to me over and over again. This bottom up is primarily responding to activity on the ground and to the public. Therefore, an integrated system cannot take care of all issues you suggest, but it can help to maintain momentum across the system.

**Senator Eaton:** Do you feel that Canadians are aware of how bad population health is?

**Mr. Hay:** No, I do not think they are. At the CIHI, we did public opinion research on determinants of health and understanding health. The awareness was good about behavioural issues — about smoking and physical activity and those things — but very limited about broader social determinants of health. That research was five years ago.

Monique Bégin said we should be celebrating because, in a generation, we have the awareness around the Lalonde report and now the awareness of all the behavioural determinants. However, it will take another generation to push out to the public this understanding of these broad social determinants and their complex interrelationships.

**Senator Eaton:** How can you say we are aware when the number of obese school children is soaring?

**Mr. Hay:** As Senator Cook outlined, it is also a structural problem in terms of the foods available, the education and the family settings that allow it. Again, a chapter in our report, *Improving the Health of Canadians*, talks about that range of issues. There is also a chapter on obesity.

**Senator Eaton:** However, we have not addressed it since your report.

**Mr. Hay:** Again, it is a broad set of issues. Dr. Hancock could discuss the many activities in British Columbia and elsewhere to address these kinds of issues.

**Dr. Hancock:** Perhaps I can pick up on three points. First, I would like to think that a minister of human development is every bit as essential to Canada as a minister of defence or finance and that it is not a peripheral ministry that comes and goes at the whim of government. It is a central agency.

**Senator Eaton:** You are more idealistic than I am.

L'honorable Monique Bégin siégeait au conseil consultatif responsable du rapport sur la santé de la population que j'ai produit au moment où j'étais à l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS. Elle a posé le problème très clairement : à qui faut-il rendre des comptes? Bien entendu, le ministre rend des comptes au premier ministre et agit suivant les consignes du Cabinet. Par contre, il y a le public, aussi. C'est le point que Monique Bégin m'a répété maintes et maintes fois. L'action depuis la base concerne d'abord et avant tout l'activité sur le terrain et le souci du grand public. Par conséquent, le système intégré ne peut prendre en considération toutes les questions que vous évoquez; il peut seulement aider à maintenir l'énergie dans l'ensemble du système.

**Le sénateur Eaton :** Croyez-vous que les Canadiens savent à quel point la santé de la population est mauvaise?

**M. Hay :** Non, je ne crois pas. À l'ICIS, nous avons effectué des sondages d'opinion publique sur les déterminants de la santé et sur la compréhension de la santé. Les gens étaient bien au courant des problèmes de comportement — le tabagisme, l'absence d'activité physique et ainsi de suite —, mais ils possédaient des connaissances très limitées sur les grands déterminants sociaux de la santé. Je parle de recherches qui ont été faites il y a cinq ans de cela.

Monique Bégin affirme que nous avons une raison de fêter cela : le temps d'une génération, nous avons eu le rapport Lalonde et, maintenant, la sensibilisation à tous les déterminants liés au comportement. Par contre, il faudra une autre génération encore pour faire passer dans l'esprit du grand public cette compréhension des grands déterminants sociaux et des liens complexes qu'il y a entre eux.

**Le sénateur Eaton :** Comment pouvez-vous affirmer que nous sommes conscients de la situation à un moment où le nombre d'enfants d'âge scolaire qui sont obèses monte en flèche?

**M. Hay :** Comme le sénateur Cook l'a souligné, c'est un problème structurel qui touche les produits alimentaires offerts, l'éducation et le contexte familial qui permet que cela advienne. Encore une fois, il y a dans notre rapport, intitulé *Améliorer la santé des Canadiens*, un chapitre qui traite de ces questions-là. Il y a aussi un chapitre sur l'obésité.

**Le sénateur Eaton :** Tout de même, nous n'avons rien fait pour contrer le problème depuis que votre rapport a été publié.

**M. Hay :** Encore une fois, c'est toute une série de questions qui entrent en jeu. Le Dr Hancock pourrait parler des nombreuses activités qui sont organisées en Colombie-Britannique et ailleurs pour s'attaquer à ce genre de questions.

**Dr Hancock :** Je parlerai de trois choses, si vous le permettez. Premièrement, je me plaît à croire qu'un ministre du Développement humain est tout aussi essentiel au Canada qu'un ministre de la Défense ou des Finances, et que son organisation n'est pas un ministère périphérique qui peut naître ou disparaître selon la bonne volonté d'un gouvernement donné. C'est un organisme central.

**Le sénateur Eaton :** Vous êtes plus idéaliste que moi.

**Dr. Hancock:** I have always been idealistic. I am a believer in having a vision, even if you do not know how to achieve it. That may be the level of commitment one is looking for. The problem with advisory councils is that they can come and go easily at the whim of the Prime Minister, a minister, or cabinet order. That is why I talked about the notion of a commission established by statute that cannot disappear when the government, the Prime Minister or a minister changes.

Though symbolism is also important, it is more than symbolism that you have a minister of human development and that it is established that this is a priority for the nation that we need to maximize the level of human development.

With respect to public awareness and understanding — and I do not think I am telling tales out of school — we had a presentation a couple of weeks ago from Diana MacKay from the Conference Board of Canada in a follow-up to the report I mentioned. The Conference Board is floating the idea of developing what it is calling “Determination,” which is a sort of ParticipACTION-type model but focused on the determinants of health to raise public awareness and show that it is more than lifestyle; that it is all these other broader determinants. I think it is an interesting idea and worth following up on.

With respect to the issue of obesity, you have to go back to where we were with smoking 30 or 40 years ago. Thirty years ago, there would have been ashtrays on this table and people smoking in the room and in the building. We have changed the social norm about smoking to such an extent that it has become a minority behaviour now. That is not to say it is not still a problem, because clearly it is, but there has been a huge shift. However, it has taken a generation.

We are at the early stages in that process with obesity. There is an awareness, just as there was in the 1970s with smoking, but we are at the start of that process and it will take 10 or 20 or 30 years, just as it has with smoking.

Let us remember the days in Toronto when Senator Eggleton was the mayor and we were bringing in at a municipal level some of the early legislation about smoking in the workplace. That was a huge fight at the time and a huge shift in social norms. Now no one thinks twice about it; you do not smoke in the workplace and, of course, cities have bylaws. It will be the same process with obesity.

You have to understand that the Heart and Stroke Foundation of Canada and the Canadian Cancer Society are all looking at obesity now. The Canadian Cancer Society is putting on a conference in a couple of weeks around the built environment and the role it plays in physical activity. The Heart and Stroke Foundation has funded research in this area.

**Dr Hancock :** J'ai toujours été idéaliste. Selon moi, il faut une vision, même si on ne sait pas très bien comment la concrétiser. C'est peut-être ce degré d'engagement-là que nous recherchons. Le hic avec les conseils consultatifs, c'est qu'ils peuvent naître et disparaître sur l'ordre du premier ministre, d'un ministre, sous le coup d'un décret du Cabinet. C'est pourquoi j'ai parlé d'une commission créée sous l'effet d'une loi, et qui ne peut donc disparaître lorsque le gouvernement, le premier ministre ou le ministre s'en va.

Les symboles importent, mais ce n'est pas qu'un symbole : il y a un ministre du Développement humain, et il est établi que la question est une priorité au pays, et qu'il faut maximiser le niveau de développement humain.

Quant à la conscientisation du public et à sa compréhension des choses — je ne crois pas inventer cela —, nous avons accueilli il y a quelques semaines Diana MacKay du Conference Board du Canada, pour le suivi du rapport que j'ai mentionné. Le Conference Board fait circuler une idée qu'elle qualifie de « Détermination », sorte de ParticipACTION, mais centrée sur les déterminants de la santé et visant à sensibiliser le grand public à la question, à lui montrer que ce n'est pas qu'une affaire de mode de vie; que c'est lié à tous les autres déterminants d'une plus grande portée. Je crois que c'est une idée intéressante qu'il vaut vraiment la peine de suivre.

Pour ce qui est de la question de l'obésité, il faut revenir dans le temps, il y a 30 ou 40 ans de cela, dans le cas du tabagisme. Il y a 30 ans, il y aurait eu ici, sur la table, des cendriers, et les gens auraient fumé dans la salle elle-même et ailleurs dans le bâtiment. Nous avons modifié la norme sociale en la matière, au point où le comportement est devenu minoritaire. Je n'affirme pas que fumer n'est plus un problème, puisqu'il l'est clairement, encore, mais il y a eu toute une mutation à ce chapitre. Tout de même, il a fallu une génération pour que cela se fasse.

Nous en sommes aux premiers stades de la démarche en ce qui concerne l'obésité. Il y a une sensibilisation qui se fait, tout comme ça se faisait durant les années 70 dans le cas du tabagisme, mais nous en sommes au début de la démarche, qui prendra 10 ou 20 ou 30 ans, comme cela a été le cas du tabagisme.

Rappelons-nous l'époque où le sénateur Eggleton était maire de Toronto et que nous proposions à l'échelle municipale certaines des premières dispositions contre le tabagisme en milieu de travail. Il y a eu à l'époque tout un combat là-dessus, puis toute une évolution des normes sociales. Maintenant, plus personne n'y pense à deux fois; on ne fume pas en milieu de travail et, bien entendu, les villes appliquent des règlements contre le tabagisme. Ce sera la même démarche dans le cas de l'obésité.

Il faut comprendre que la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Société canadienne du cancer et les autres organismes se penchent tous aujourd'hui sur la question de l'obésité. La Société canadienne du cancer présentera dans quelques semaines une conférence sur l'environnement bâti et le rôle qu'il joue en ce qui concerne l'activité physique. La Fondation des maladies du cœur du Canada a financé des recherches dans le domaine.

There is a fundamental principle in health promotion that you have to make the healthy choice the easy choice. Too often as a society through our policies — both public and private — we make the unhealthy choice the easy one. Take portion size, for instance. If you are presented with a large portion, you will eat it because we have been taught to clean our plates. If you create environments in which the unhealthy choice is the easy choice, you should not be surprised when people make unhealthy choices. We have to change social norms.

**Senator Eaton:** It seems to me we are not trying very hard. I appreciate what you are saying.

**Dr. Hancock:** There is a lot happening. It is early.

There is not a good enough understanding of the level of inequalities in health within society and the role that social determinants and environmental determinants play in those inequalities. I think that is a huge issue. We are not even where we are with obesity on that one.

**The Chair:** I think it comes back to building healthy communities. Look at the terrible population health programs we have in some pockets of our country, including with some of our Native peoples and so forth; some of them have overcome that by building healthy communities. They have looked at the panacea and they are changing things and doing so with their own initiatives. It is a question of putting a structural framework in place to allow them to do their thing, to do what they want to do, as opposed to somebody coming in and telling them what to do.

I think Senator Eaton's point is very good. That is a tremendous worry. I have been trying to grapple with that, which is why I have thrown out the idea of the minister today. We have to start someplace. I am not sure another royal commission is saleable at this point; nor am I sure it is the right idea.

We have to have some faith in our political system. Senator Eaton, I have a little more faith than you. I think our politicians are reaching the point where they are not satisfied that we stand somewhere around fifteenth in the world in health status, well-being and productivity. I asked the Conference Board of Canada to do for us the report Dr. Hancock referred to so that we could include it in our report. They were very kind to do that.

Even the business community is getting on the bandwagon. They are saying, "We cannot afford unhealthy workplaces. We cannot afford all this time off. We have to provide healthy work forces." Some companies, for instance, are providing daycare so that when the local daycare centre goes down, parents can bring their children to work.

Il y a un principe fondamental en promotion de la santé : il faut faire du choix santé un choix facile. Trop souvent, en tant que société, par les politiques que nous adoptons — du côté public et du côté privé —, nous faisons du choix malsain le choix facile. Prenez l'exemple de la taille des portions. Si on vous présente une grande assiette, vous allez tout manger, parce que c'est ce qui vous a été inculqué durant votre jeunesse. Si on crée des environnements où le choix malsain devient le choix facile, il ne faut pas s'étonner de voir les gens faire des choix malsains. Nous devons changer les normes sociales.

**Le sénateur Eaton :** J'ai l'impression que nous n'y mettons pas beaucoup d'effort. Je comprends ce que vous dites.

**Dr Hancock :** Il y a beaucoup de choses qui se passent. Nous en sommes encore aux premiers stades.

Nous ne saissons pas assez bien l'ampleur des inégalités au sein de la société, du point de vue de la santé, ni le rôle que jouent les déterminants sociaux et les déterminants environnementaux à l'égard des inégalités en question. À mon avis, c'est une question extrêmement importante. Pour cette question-là, nous ne sommes même pas aussi avancés que nous le sommes dans le cas de l'obésité.

**Le président :** Je crois que ça nous ramène à l'idée de bâtir des collectivités en santé. Regardez donc les terribles programmes de santé de la population que nous avons à certains endroits au pays, notamment en ce qui concerne nos Autochtones; certains ont quand même pu surmonter les difficultés en se donnant des collectivités en santé. Ils ont pris pour référence la panacée évoquée et, de leur propre initiative, ils changent les choses. Il s'agit de mettre en place un cadre structurel qui leur permettra d'agir, de faire ce qu'ils souhaitent faire, plutôt que de voir quelqu'un arriver et leur dire quoi faire.

Je crois que le sénateur Eaton a très bien parlé. C'est une question qui est extraordinairement préoccupante. Je me débats avec le problème, et c'est pourquoi j'ai lancé l'idée d'un ministre pour cela aujourd'hui. Il faut bien commencer quelque part. Je ne suis pas sûr que nous puissions persuader les autorités de mettre sur pied une autre commission royale en ce moment; je ne suis pas sûr non plus que ce soit même une bonne idée.

Nous devons faire une certaine confiance à notre système politique. Sénateur Eaton, J'ai davantage confiance que vous. Je crois que nos politiciens en arrivent au point où ils ne sont pas heureux de constater que nous venons au 15<sup>e</sup> rang dans le monde pour la santé, le bien-être et la productivité. J'ai demandé au Conference Board du Canada de produire pour nous le rapport auquel le Dr Hancock a fait allusion, pour que nous puissions l'inclure dans notre rapport. Les gens de cet organisme-là ont eu la gentillesse de faire le travail en question.

Même le monde des affaires monte dans le train. Les gens d'affaires disent : « Nous ne pouvons nous permettre d'avoir des milieux de travail qui ne sont pas sains. Nous ne pouvons nous permettre que les gens prennent tous ces congés. Il nous faut des effectifs en santé. » Par exemple, certaines entreprises fournissent un service de garderie auquel les parents peuvent confier leurs enfants si la garderie locale ne peut assurer le service.

I want to return to Senator Eggleton again. He has been jumping at the bit.

**Senator Eggleton:** Not quite. I simply want to ensure everyone else has had an opportunity to comment or ask questions.

I like your idea of the ministry that you talk about. Having sat at the cabinet table, I know you need to have the commitment from the top. The cabinet table is where the money flows from. The will to do things has to flow from the top.

You can have all sorts of structures on the way down to engage people at a community level and all orders of government, and that is important, particularly to find ideas. However, you need to have that commitment at the top, because if you do not have it at the cabinet table, it is out of sight, out of mind. There will be other priorities that will take over and rule the day.

I do not know that all of you will know the answer to this one but hopefully someone will. At the bureaucratic level, we had the Advisory Committee on Population Health between 1994 and 2004. Then, in 2005, it was replaced by the Population Health Promotion Expert Group. This is one of six expert groups advising a pan-Canadian public health network. As I understand it, this involves the federal and the provincial and territorial governments at the level of deputy minister and below.

I want to understand the implications of that change. Is this working better or about the same? Does anyone know where it is at?

**Dr. Hancock:** I co-chair the group you mentioned, which replaced the advisory committee. The Council of the Pan-Canadian Public Health Network is composed of medical health officers or assistant deputy ministers from each province and territory and the federal government. Its remit is in some ways wider than the Advisory Committee on Population Health because it is all of public health services. It includes infectious disease control. Much of the stimulus for that came out of the SARS epidemic and some of the other infectious disease outbreaks that led to the recognition that the public health infrastructure in Canada was weak.

The council and that whole network are finding their feet. It has been two or three years. They have gone through a review, and it is still early days in determining how effective that structure is. There is no question that good work is being done. Through our group, we are addressing issues of indicators of inequality and the health costs of poverty. We are linking with former Senator Kirby's Mental Health Commission. It is a very high level commitment to population health and it reports to the deputy ministers of health.

Je veux revenir à ce que disait le sénateur Eggleton encore une fois. Il ronge son frein depuis un certain temps déjà.

**Le sénateur Eggleton :** Pas tout à fait. Je veux simplement m'assurer que tout le monde a l'occasion de formuler des observations ou des questions.

Votre idée de ministère me plaît. Ayant siégé au Cabinet, je sais qu'il faut un engagement au sommet. C'est le Cabinet qui délie les cordons de la bourse. La volonté d'agir doit venir du sommet

Vous pouvez vous doter de toutes sortes de structures plus bas, pour mobiliser les gens à l'échelle de la collectivité et pour mobiliser tous les ordres de gouvernement, et c'est important, particulièrement pour trouver des idées intéressantes... Cependant, il faut cet engagement-là au sommet, car si le Cabinet n'est pas saisi de la question, il n'y pensera même pas. D'autres priorités l'emporteront.

Je ne sais pas si vous pourriez tous répondre à la question que je vais poser, mais j'espère qu'une personne saura le faire. Du point de vue de la bureaucratie, nous avons eu le Comité consultatif sur la santé de la population de 1994 à 2004. Puis, en 2005, le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population a pris sa place. C'est un des six groupes d'experts à la disposition d'un réseau pancanadien de la santé publique. Si je ne m'abuse, ce sont des gens qui occupent le poste de sous-ministre ou un rang inférieur au gouvernement fédéral et dans les administrations provinciales et territoriales.

Je souhaite comprendre les conséquences de ce changement-là. La situation s'est-elle améliorée ou est-elle demeurée la même? Quelqu'un sait-il où nous en sommes?

**Dr Hancock :** J'ai coprésidé le travail du groupe que vous avez mentionné, qui a remplacé le comité consultatif. Le Conseil du Réseau pancanadien de santé publique réunit les médecins hygiénistes ou sous-ministres adjoints des provinces et des territoires, et du gouvernement fédéral aussi. À certains égards, son champ d'action est plus vaste que l'était celui du Comité consultatif sur la santé de la population : il englobe tous les services de santé publique. Cela comprend la lutte contre les maladies infectieuses. Pour une grande part, l'incitation à agir en ce sens provient de l'épidémie de SRAS et d'autres flambées de maladies infectieuses, qui ont amené les responsables à reconnaître le fait que l'infrastructure de santé publique au Canada était faible.

Le conseil lui-même et le réseau dans son ensemble sont en train de se roder. Ils existent depuis deux ou trois ans. Ils se sont prêtés à un examen; nous en sommes toujours aux premiers stades de l'exercice qui vise à déterminer à quel point la structure est efficace. Cela ne fait aucun doute, il y a du bon travail qui se fait. Par l'entremise du groupe, nous étudions les questions des indicateurs d'inégalité et du coût de la pauvreté pour la santé. Nous faisons le lien avec la Commission de la santé mentale de l'ex-sénateur Kirby. Il s'agit d'un engagement des très hautes instances face à la population de la santé; les responsables rendent des comptes aux sous-ministres de la Santé.

**Senator Eggleton:** It deals with the social determinants of health, not only infectious diseases.

**Dr. Hancock:** The expert group I co-chair does exactly that. That is our main purpose. The final report that came out from the Advisory Committee on Population Health was on the role of the health sector in reducing health disparities. We have taken that as our guiding document for the work we do in our expert group.

**Mr. Hay:** I would suggest that those activities are less transparent to the people not involved. There is an opportunity to open up those structures to inputs from a broader set of stakeholders, maybe not the public at large, but a broader set of stakeholders.

I do not think there was a change necessarily from the advisory committees to these new public health networks. However, increased participation could be brought, or at least getting a sense of what is on their agenda and shaping that agenda would be important.

**Senator Eggleton:** Thank you.

**Mr. Bradford:** To follow up briefly to Senator Eaton's and Senator Eggleton's points, I do not think these structural options or alternatives are necessarily one without the other. You could have an advisory council as part of your proposal. You could have a minister of human development or a ministry at the centre of this and you could also pay attention to the need for senior civil service innovation and commitment. For example, in the United Kingdom, Prime Minister Blair created the Social Exclusion Unit, which was mandated explicitly to work with central agencies and the cabinet office in the United Kingdom on these inter-ministerial cross-cutting issues.

We talk about building national policy capacity in these issue areas that are inherently complex and multi-faceted. You need a whole series of players around the table. A public advisory council, a ministry and a senior bureaucratic structure are all part of a viable and necessary package. We ought to think big and see them as part of an integrated approach.

**Dr. Hancock:** When I talked about a commission, I did not mean a royal commission. It is more than an advisory council. What I had in mind was something like the Premier's Council on Health in Ontario, which has joint political, civil society and sectoral leadership that came together. However, I am suggesting establishing something like that by statute. Whether you call it a commission, council or whatever does not matter. I did not mean a royal commission into human development. I meant an ongoing statutory body that brings together key leadership sectors from the country, not only political but certainly to include the political. That is what I had in mind.

**Le sénateur Eggleton :** Il est question ici des déterminants sociaux de la santé et non pas seulement des maladies infectieuses.

**Dr Hancock :** Le groupe d'experts dont je préside les travaux a justement cela pour travail. C'est notre principale raison d'être. Le rapport final issu des travaux du Comité consultatif sur la population de la santé traitait du rôle du secteur de la santé quand il s'agit de réduire les disparités du point de vue de la santé. C'est le document qui nous sert de référence au groupe d'experts.

**M. Hay :** Je dirais que ces activités-là ne sont pas si transparentes aux yeux des personnes qui n'y mettent pas la main. Nous avons l'occasion d'ouvrir les structures à l'apport d'une plus large gamme d'intervenants, peut-être pas le grand public, mais, en tout cas, une plus large gamme d'intervenants.

Je ne crois pas qu'il y ait eu de changement, nécessairement, entre les comités consultatifs dont il est question et ces nouveaux réseaux de santé publique. Cependant, on pourrait accroître la participation à l'exercice ou, tout au moins, se donner une idée de ce qui figure au programme d'action. Or, il importait de bien donner forme à ce programme d'action.

**Le sénateur Eggleton :** Merci.

**M. Bradford :** Pour donner suite brièvement à ce que les sénateurs Eaton et Eggleton ont fait valoir, je dirais que, selon moi, les options structurelles en question ne s'éliminent pas nécessairement les unes les autres. Un conseil consultatif pourrait faire partie de la proposition. Celle-ci pourrait prévoir un ministère du développement humain ou un ministre responsable de cette question et privilégier en même temps la nécessité de l'innovation et de l'engagement dans les hautes sphères de la fonction publique. Par exemple, au Royaume-Uni, le premier ministre Blair a créé la Social Exclusion Unit, dont le mandat consistait à travailler auprès des organismes centraux et du cabinet du Royaume-Uni aux questions interministérielles et « transversales ».

Nous parlons de l'idée de nous doter de politiques nationales dans des domaines qui sont intrinsèquement complexes et multidimensionnels. Il faut toute une série d'intervenants autour de la table. Un conseil consultatif public, un ministère et une structure bureaucratique dans les hautes sphères — tout cela s'inscrit dans une proposition viable et nécessaire. Nous nous devons d'être ambitieux et d'insérer ces éléments-là dans une approche intégrée.

**Dr Hancock :** Quand j'ai parlé d'une commission, je ne voulais pas dire une commission royale. C'est plus qu'un simple conseil consultatif. J'avais à l'esprit quelque chose comme le Conseil du premier ministre sur la santé en Ontario, qui réunit des dirigeants du monde politique, de la société civile et du secteur de la santé. Par contre, je propose d'établir quelque chose du genre au moyen d'une loi. Appelez ça une commission, un conseil ou je ne sais quoi encore. Je ne veux pas dire toutefois une commission royale sur le développement humain. Je veux dire un organisme créé au moyen d'une loi et qui réunit des secteurs importants de notre pays, non seulement du milieu politique, mais cela comprendra certainement le milieu politique. C'est ce que j'avais à l'esprit.

**The Chair:** To tease you, the reason I dropped the idea today for the first time of federal and provincial ministers of human development is that I believe our governments cannot dodge this bullet any longer. This is a preventable situation in Canada. If we build the healthy communities we need, we will not have 50 per cent of the diseases coming into the health care system in the first place. We will elevate our productivity from number 15, hopefully, to number 1.

**Senator Eaton:** I wanted to ask our guests from Vancouver, Ms. Neilly and Ms. Lattey, have you been approached to share what you have learned with other communities?

**Ms. Lattey:** No. We receive requests from many researchers and media, but we have not been approached to share what we have learned as far as I know. We have not been approached by other communities. We have had interest from the U.K. However, that is the only party that has really approached us. Do you have any other information on that, Ms. Neilly?

**Ms. Neilly:** In 2004 or 2005, a group from Santiago, Chile, found out about the Vancouver Agreement on the Internet. They came to Vancouver, visited us and looked at the model. They have used some of our tools to work with youth and to steer youth toward meaningful activities. We have had international interest.

**Senator Eaton:** Was there one champion? Was there one person in your area or was it several of you around a coffee table? How did it start and who did you go to first? Was it the municipality, the federal government or the provincial government?

**Ms. Lattey:** I was not there at the start. However, from my reading, what I see is that there were a few very strong champions. The city manager in Vancouver was a strong champion and she secured the involvement of the mayor at the time and the subsequent mayor, who were both very strong champions.

The woman in charge of Western Economic Diversification in Vancouver at the time was also a strong champion. At the provincial political level, the MLA responsible in part for the Downtown Eastside also became a champion. Those people pushed the initiation of the agreement.

At the same time, the federal government had the structure of urban development agreements. It was very important that that was already in place. Some of the other people have spoken to the need for those institutional structures. The fact that you had those champions who pushed and who were powerful people in their own realm was vital to the initiative's getting started.

**Le président :** Pour vous taquiner, je dirai que j'ai lancé aujourd'hui pour la première fois l'idée de ministres fédéral et provinciaux du développement humain parce que, à mon avis, les gouvernements ne peuvent plus se dérober à cette tâche. Nous nous retrouvons devant une situation qu'il serait possible d'éviter au Canada. Si nous nous donnons les collectivités en santé qu'il nous faut, il n'y aura pas la moitié des maladies prises en charge dans le réseau de la santé au départ. Notre productivité passera du 15<sup>e</sup> rang au premier rang, je l'espère.

**Le sénateur Eaton :** Je voulais poser une question à nos invitées de Vancouver, mesdames Neilly et Lattey : vous a-t-on déjà demandé de faire part de ce que vous savez à d'autres collectivités?

**Mme Lattey :** Non. Nous recevons des demandes de nombreux chercheurs et représentants des médias, mais on ne nous a pas encore demandé de faire part de ce que nous avons appris, autant que je sache. D'autres collectivités ne nous ont pas approchées à ce sujet. Au Royaume-Uni, on a manifesté un certain intérêt. Cependant, c'est la seule partie qui nous ait vraiment approchées. Aviez-vous autre chose à dire sur ce point, madame Neilly?

**Mme Neilly :** En 2004 ou 2005, il y a un groupe de Santiago, au Chili, qui a découvert, grâce à Internet, l'existence de l'accord de Vancouver. Les représentants du groupe nous ont rendu visite à Vancouver et ont jeté un coup d'œil au modèle que nous employons. Ils utilisent maintenant certains de nos outils de travail pour intervenir auprès des jeunes et pour orienter les jeunes vers des activités gratifiantes. Il y a eu un certain intérêt international.

**Le sénateur Eaton :** Y avait-il un grand responsable du dossier? Y a-t-il une personne de votre secteur qui a agi, sinon étiez-vous plusieurs autour de la table? Comment cela a-t-il commencé et vers qui vous êtes-vous tournés au départ? La municipalité, le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial?

**Ms. Lattey :** Je n'étais pas là au départ. Par contre, d'après mes lectures, il y avait une poignée de personnes qui ont très bien défendu l'affaire. La directrice responsable du dossier à Vancouver a très bien défendu l'affaire; elle a obtenu du maire de l'époque et du maire subséquent qu'ils s'engagent. Les deux ont très bien fait évoluer le dossier par la suite.

La responsable de Diversification de l'économie de l'Ouest à Vancouver à l'époque a également très bien défendu le dossier. À l'échelle provinciale, le député responsable du Downtown Eastside a aussi joué ce rôle. Ce sont les gens qui ont travaillé pour que l'accord soit mis en place.

En même temps, le gouvernement fédéral disposait de la structure nécessaire aux accords sur le développement urbain. Il était très important que cela soit déjà en place. Certaines autres personnes ont parlé de la nécessité de ces structures institutionnelles. Le fait que de tels responsables aient fait valoir le projet et le fait qu'ils aient été investis d'un certain pouvoir dans leur propre domaine ont revêtu une importance capitale pour le lancement de l'initiative.

**The Chair:** Before we close, could I ask one or both of you, Ms. Neilly or Ms. Lattey, about your information system? You are now being held accountable. Were you able to build a robust information system that simplifies life for you or is it less than desirable?

**Ms. Lattey:** That is a key question. Frankly, yes, it is less than desirable. We have learned a lot about how to build these information systems from this initiative. The trick is that each level of government has their own information system, and in order to maintain their accountability, they must keep their own information systems however they are designed. Then this coordinating body, which would be the ministry that you proposed, or the minister, needs to have a system that reflects the systems of those three levels. Otherwise, going back and forth between government departments becomes very confusing as to what you are talking about and what the common terminology is. It is not that difficult to do, but it must be done at the very beginning, and it must recognize the integrity of each of the existing systems.

**Ms. Neilly:** I would agree with Ms. Lattey, and I would also agree with the importance of a joint information system. There is an information system that the Government of Canada and the respective provinces use to collectively deliver many of the infrastructure programs. Since we jointly share the same information system, it definitely adds value to the delivery of the program.

**The Chair:** Thank you both very much. We will have a round table on trying to design an information system that will come from the top to the bottom of this population health network. I may well be back to both of you.

In any event, for all five of you, thank you very much. This session has been tremendously helpful. We are at a point now in the report where the rubber has to hit the road. Your comments have been truly enlightening, and I have a major ongoing debate to have with Senator Eaton. Thank you all.

**Ms. Neilly:** Thank you for inviting us today and including us in your session.

(The committee adjourned.)

**Le président :** Avant de terminer, puis-je vous demander, madame Neilly ou madame Lattey, de parler de votre système d'information? Vous avez maintenant des comptes à rendre. Avez-vous réussi à mettre en place un système d'information solide qui vous simplifie la vie, sinon cela laisse-t-il à désirer?

**Mme Lattey :** C'est une question importante. Franchement, oui, ça laisse à désirer. L'initiative nous a permis d'apprendre beaucoup de choses sur la manière de construire ces systèmes d'information. L'idée, c'est que chaque ordre de gouvernement dispose de son propre système d'information; or, pour pouvoir rendre des comptes, tous doivent conserver le système d'information qui est le leur, quelle qu'en soit la conception. Puis, il y a un organisme de concertation, c'est-à-dire le ministère dont vous avez proposé la création, ou encore le ministre, s'il faut parler d'une personne, qui aurait un système qui reflète les systèmes des trois ordres. Autrement, le fait de passer d'un ministère à l'autre devient tout à fait déroutant : il est difficile alors de savoir de quoi on parle et de trouver un vocabulaire commun. Ce n'est pas une tâche si difficile, mais c'est un travail qui doit se faire au tout début, et qui doit reposer sur une reconnaissance de l'intégrité de chacun des systèmes existants.

**Mme Neilly :** Je suis d'accord avec Mme Lattey et je suis d'accord aussi pour dire qu'il importe d'avoir un système d'information commun. C'est un système d'information que le gouvernement du Canada et les provinces respectives emploient pour exécuter collectivement de nombreux programmes d'infrastructure. Le système d'information commun ajoute certainement de la valeur à l'exécution du programme.

**Le président :** Je vous remercie, beaucoup, toutes les deux. Nous allons organiser une table ronde sur la conception d'un système d'information qui fonctionnera, du sommet à la base de ce réseau de santé de la population. Il se peut très bien que je communique avec vous de nouveau.

Quoi qu'il en soit, merci beaucoup aux cinq témoins. La séance nous a été extrêmement utile. Nous en sommes maintenant au stade de production du rapport où il faut se mettre en marche vraiment. Vos observations ont vraiment éclairé notre lanterne, et je dois moi-même poursuivre une discussion majeure avec le sénateur Eaton là-dessus. Merci à tous.

**Mme Neilly :** Merci de nous avoir invités aujourd'hui et de nous inclure.

(La séance est levée.)



If undelivered,<sup>¶</sup> return COVER ONLY to:  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

**Thursday, February 26, 2009**

*The Sussex Circle:*

Jim Mitchell, Founding Partner.

*Institute for Research on Public Policy:*

Mel Cappe, President.

**Thursday, March 5, 2009**

*University of Western Ontario:*

Neil Bradford, Associate Professor, Political Science, Huron University College.

*As an individual:*

Dr. Trevor Hancock, Health Promotion Consultant.

*Information Partnership:*

David Hay, Principal.

*Western Economic Diversification Canada:*

Michelle Neilly, Director General, BC Operations (by video conference).

*Vancouver Agreement:*

Christine Lattey, Executive Coordinator (by video conference).

#### TÉMOINS

**Le jeudi 26 février 2009**

*Le Cercle Sussex :*

Jim Mitchell, associé fondateur.

*L'Institut de recherche en politique publiques :*

Mel Cappe, président.

**Le jeudi 5 mars 2009**

*Université de Western Ontario :*

Neil Bradford, professeur agrégé de sciences politiques, Collège universitaire Huron.

*À titre personnel :*

Dr Trevor Hancock, consultant en promotion de la santé.

*Information Partnership :*

David Hay, directeur.

*Diversification de l'économie de l'Ouest Canada :*

Michelle Neilly, directrice générale, Opérations C.-B. (par vidéoconférence).

*Accord de Vancouver :*

Christine Lattey, coordonnatrice exécutive (par vidéoconférence).



Available from:

PWGSC – Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

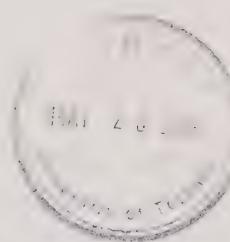
Disponible auprès des:

TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>

CA1  
YC26  
-S57

Government  
Publications



Second Session  
Fortieth Parliament, 2009

Deuxième session de la  
quarantième législature, 2009

## SENATE OF CANADA

## SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,  
Science and Technology*

*Proceedings of the Subcommittee on*

# Population Health

*Chair:*  
The Honourable WILBERT J. KEON

Thursday, March 12, 2009  
Wednesday, March 25, 2009

Issue No. 2

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,  
des sciences et de la technologie*

*Délibérations du Sous-comité sur la*

# Santé des populations

*Président :*  
L'honorable WILBERT J. KEON

Le jeudi 12 mars 2009  
Le mercredi 25 mars 2009

Fascicule n° 2

### **Troisième, quatrième et cinquième réunions concernant :**

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé

The impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's populations — known collectively as the determinants of health

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)

## THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck  
Champagne, P.C.  
Cook

Fairbairn, P.C.  
Stratton

(Quorum 3)

*Changes in membership of the subcommittee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the subcommittee was amended as follows:

The Honourable Senator Stratton replaced the Honourable Senator Eaton (*March 24, 2009*).

The Honourable Senator Callbeck replaced the Honourable Senator Munson (*March 12, 2009*).

The Honourable Senator Munson replaced the Honourable Senator Callbeck (*March 12, 2009*).

## LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

*Président :* L'honorable Wilbert J. Keon

*Vice-présidente :* L'honorable Lucie Pépin  
et

Les honorables sénateurs :

Fairbairn, C.P.  
Stratton

Callbeck  
Champagne, C.P.  
Cook

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du sous-comité :*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Stratton a remplacé l'honorable sénateur Eaton (*le 24 mars 2009*).

L'honorable sénateur Cook a remplacé l'honorable sénateur Munson (*le 12 mars 2009*).

L'honorable sénateur Munson a remplacé l'honorable sénateur Callbeck (*le 12 mars 2009*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, March 12, 2009  
(4)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 10:47 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Eaton, Fairbairn, P.C. Munson, Pépin and Keon (6).

*Other senators present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

**WITNESSES:**

*Canadian Council on Social Development:*

Katherine Scott, Vice-President, Research.

*Wellesley Institute:*

Bob Gardner, Director, Policy and Research.

*Health Nexus:*

Connie Clement, Executive Director.

Mr. Gardner, Ms. Scott and Ms. Clement each made a presentation and responded to questions.

At 12:03 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

**ATTEST:**

---

OTTAWA, Wednesday, March 25, 2009  
(5)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 4:06 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C. Keon, Pépin and Stratton (6).

*Other senator present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le jeudi 12 mars 2009  
(4)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial de la santé des populations se réunit aujourd’hui à 10 h 47, dans la pièce 2 de l’édifice Victoria, sous la présidence de l’honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Cook, Eaton, Fairbairn, C.P. Munson, Pépin et Keon (6).

*Autre sénateur présent :* L’honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présente :* Odette Madore, directrice principale par intérim de la Section des affaires sociales, culturelles et de santé, Service d’information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l’ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité de la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son examen sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l’ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Conseil canadien de développement social :*

Katherine Scott, vice-présidente, Recherche.

*Institut Wellesley :*

Bob Gardner, directeur, Politiques et recherche.

*Nexus santé :*

Connie Clement, directrice générale.

M. Gardner, Mme Scott et Mme Clement font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 12 h 3, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu’à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

---

OTTAWA, le mercredi 25 mars 2009  
(5)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial de la santé des populations se réunit aujourd’hui à 16 h 6, dans la pièce 2 de l’édifice Victoria, sous la présidence de l’honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin et Stratton (6).

*Autre sénateur présent :* L’honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

#### WITNESSES:

##### *Assembly of First Nations:*

Bob Watts, Chief Executive Officer.

##### *Inuit Tapiriit Kanatami:*

Rosemary Cooper, Director of Executive Services.

##### *Métis Nation — Saskatchewan:*

Robert Doucette, President.

It was agreed that a Senate photographer be able to take photos during the meeting.

Mr. Watts, Ms. Cooper and Mr. Doucette each made a presentation and responded to questions.

At 5:03 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

#### ATTEST:

---

OTTAWA, Wednesday, March 25, 2009

(6)

##### [English]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 6 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Keon and Pépin (4).

*Other senator present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the

*Également présente :* Odette Madore, directrice principale par intérim de la Section des affaires sociales, culturelles et de santé, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité de la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son examen sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

#### TÉMOINS :

##### *Assemblée des Premières Nations :*

Bob Watts, directeur exécutif.

##### *Inuit Tapiriit Kanatami :*

Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction.

##### *Métis Nation — Saskatchewan :*

Robert Doucette, président.

Il est convenu que le photographe du Sénat soit autorisé à prendre des photographies pendant la séance.

M. Watts, Mme Cooper et M. Doucette font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 17 h 3, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

#### ATTESTÉ :

---

OTTAWA, le mercredi 25 mars 2009

(6)

##### [Traduction]

Le Sous-comité sénatorial de la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 18 heures, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Keon et Pépin (4).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présente :* Odette Madore, directrice principale par intérim, Section des affaires sociales, culturelles et de santé, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité de la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le Sous-comité poursuit

subcommittee continued its examination on population health.  
*(For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)*

**WITNESSES:**

*Native Women's Association of Canada:*

Erin Wolski, Health Director.

*National Aboriginal Health Organization:*

Paulette Tremblay, Chief Executive Officer.

*Assembly of First Nations:*

Rose Sones, Assistant Director, Strategic Policy for Health and Social;

Gina, Doxtator, Health Policy Analyst.

*Inuit Tapiriit Kanatami:*

Rosemary Cooper, Director of Executive Services;

Elizabeth Ford, Director of Health and Environment.

*Métis National Council:*

Barbara Van Haute, Director, Programs Development.

Ms. Wolski and Ms. Tremblay each made presentations and responded to questions.

Ms. Sones made a statement.

Ms. Sones, Ms. Cooper and Ms. Van Haute responded to questions.

At 7:04 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

**ATTEST:**

*La greffière du comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Subcommittee*

son examen sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Association des femmes autochtones du Canada :*

Erin Wolski, directrice de la Santé.

*Organisation nationale de la santé autochtone :*

Paulette Tremblay, directrice générale.

*Assemblée des Premières Nations :*

Rose Sones, directrice adjointe, Politiques stratégiques, Secrétariat à la santé et au développement social;

Gina Doxtator, analyste des politiques de santé.

*Inuit Tapiriit Kanatami :*

Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction;

Elizabeth Ford, directrice de la santé et l'environnement.

*Ralliement national des Métis :*

Barbara Van Haute, directrice, Élaboration des programmes.

Mme Wolski et Mme Tremblay font chacune un exposé, puis répondent aux questions.

Mme Sones fait un exposé.

Mme Sones, Mme Cooper et Mme Van Haute répondent aux questions.

À 19 h 4, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

**EVIDENCE**

OTTAWA, Thursday, March 12, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:47 a.m. to examine and report on the impact of the factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**TOPIC:** Strengthening Community Action for Population Health

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

**The Chair:** Honourable senators, we are delighted to have with us this morning Katherine Scott, Vice-President, Research, Canadian Council on Social Development; Bob Gardner, Director, Policy and Research, Wellesley Institute; and Connie Clement, Executive Director, Health Nexus.

Who will go first?

**Bob Gardner, Director, Policy and Research, Wellesley Institute:** It is a pleasure to be here. I should tell you that in my own background, I had a number of years in your world. I was the Director of Research and Information Services at the Legislative Assembly of Ontario. For those of you who have been around for a while, I was the Ontario Hugh Finston.

We all think you are doing tremendous work that has real potential. I should also tell you that I have been doing work with one of your research consultants, Ms. Laura Corbett, who is doing a project with the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care on how to create a cross-ministry, collaborative, cross-sectoral social determinants' planning framework.

You are dealing with the critical issue of addressing pervasive health disparities, and how to take the broader social determinants of health into account in government policy and programs. I think that is possible. There have been many interesting community level initiatives and many interesting examples from other countries that show that a difference really can be made.

I would like to quickly focus on how that can be done. I will look at your fourth report entitled *Population Health Policy: Issues and Options*, and try to concretely outline a few directions that might help in moving towards building action on social determinants of health.

Your challenge is digesting such a huge topic. I will have to be brief and I am happy to follow up with your research staff and clerk to give you any further information.

The first point is to start from the big picture and that is the work that you and your sister committee that Senator Eggleton chairs have been doing; that is to try to think of what is an overall

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le jeudi 12 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 47, pour examiner, en vue d'en faire rapport, l'incidence de divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

**SUJET :** Renforcement de l'action communautaire pour la santé des populations.

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

**Le président :** Honorables sénateurs, nous sommes heureux de recevoir ce matin Mme Katherine Scott, vice-présidente à la recherche au Conseil canadien de développement social; M. Bob Gardner, directeur, Politique et Recherche, à l'Institut Wellesley et Mme Connie Clement, directrice générale, Nexus Santé.

Qui commence?

**Bob Gardner, directeur, Politique et recherche, Institut Wellesley :** C'est un plaisir d'être ici. Je dois vous dire que j'ai passé plusieurs années dans le monde de la politique. J'ai été directeur des Services de recherche et d'information à l'Assemblée législative de l'Ontario. Pour ceux d'entre vous qui sont ici depuis un bon moment, j'étais le Hugh Finston de l'Ontario.

Nous croyons tous que vous effectuez un travail remarquable qui peut donner des résultats réels. Je dois également vous dire que je collabore avec une de vos consultants en recherche, Mme Laura Corbett, qui travaille à un projet avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ce projet vise la création d'un cadre de planification interministériel, collaboratif et intersectoriel sur les déterminants sociaux.

Vous abordez la question essentielle des disparités omniprésentes en santé, et la façon de tenir compte des déterminants sociaux de la santé généraux dans les politiques et les programmes gouvernementaux. Je crois que c'est possible. Il y a eu de nombreuses initiatives communautaires intéressantes et de nombreux exemples intéressants provenant d'autres pays, qui démontrent qu'il est possible de vraiment faire une différence.

J'aimerais me pencher rapidement sur la façon dont cela peut être fait. J'examinerai le quatrième rapport du sous-comité intitulé *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, et je tenterai de définir concrètement quelques orientations qui pourraient aider à progresser vers la prise de mesures sur les déterminants sociaux de la santé.

Votre défi est d'assimiler un sujet très vaste. Je devrai être bref et je suis heureux de pouvoir assurer un suivi avec les chercheuses et le greffier pour vous donner des renseignements supplémentaires.

Tout d'abord, commençons par la situation dans son ensemble sur laquelle se penche le sous-comité et le comité présidé par le sénateur Eggleton; le travail que vous effectuez consiste à essayer

policy framework that can advance the social determinants of health and help to join up government in a concerted and focused way.

I think there is tremendous value in developing that kind of overall framework. It is symbolic in the sense that it provides a government commitment that health disparities and social determinants are serious and that governments are committed to acting on it. In a more on-the-ground way, it is enabling. If there is an overall framework from governments, it allows the various departments and ministries to work together in different ways to create different coordinating forums. It is also enabling beyond governments; it allows and encourages partnerships with service providers, community agencies and with on going initiatives across the country.

One of the big themes is that there is an enormous amount of imagination, enthusiasm and momentum across the country. One of the tasks of public policy and of governments is to both tap into that enthusiasm and to encourage and nurture it.

I have done the usual thing for any policy analyst. I have given a little 12-point plan of what might be a roadmap for health equity. You have been looking at the best from other jurisdictions and you know there is an awful lot of interesting stuff happening.

On that big-picture issue, there is a danger of being paralyzed by the scope and the challenge of the social determinants of health. We can all sit and think about where we will start. We need affordable housing, we need to reduce poverty and have upstream health promotion. We cannot do everything at once.

My simple message is to start somewhere: Make the best guess. I suppose I would call it strategic experimentation. If you are a decision maker, make the best guess in the most promising avenues for action and experiment. Then rigorously evaluate and build on what is working. Gradually, we will have a better sense of what works and we will build up a coherent overall strategy.

Part of that is restructuring how governments work. Your work will be followed carefully at the federal level and at the other orders of government, as well. That is not just internal. It means forging different partnerships with community and other stakeholders. It means doing things differently. Again, looking for insights and experience from other jurisdictions, we know there are many interesting cross-ministry coordinating forums. We know that they work in the sense of bringing people together to identify common issues. We know serious targets are important and that tools are important. Perhaps we can come back and talk about that in more detail.

d'élaborer un cadre stratégique global qui vise à faire connaître les déterminants sociaux de la santé et à aider à se rallier derrière le gouvernement de façon concertée et ciblée.

Je crois qu'il est très profitable d'élaborer ce genre de cadre global. C'est symbolique dans le sens où ce genre de cadre constitue un engagement du gouvernement à prendre au sérieux les disparités en santé et les déterminants sociaux et dans le sens où les gouvernements s'engagent à agir sur ces éléments. De façon concrète, ce genre de cadre est habilitant. Si les gouvernements mettent en place un cadre global, les différents ministères pourront travailler de concert de diverses façons pour créer des forums de coordination. Le cadre est également habilitant au-delà des gouvernements; ce type de cadre permet et encourage l'établissement de partenariats avec des fournisseurs de services, et des organismes communautaires et encourage les initiatives continues partout au pays.

Un des aspects importants est qu'il y a énormément d'imagination, d'enthousiasme et de dynamisme d'un bout à l'autre du pays. Une des tâches des responsables de la politique publique et des gouvernements est d'exploiter, d'encourager et de cultiver cet enthousiasme.

J'ai fait ce que tout analyste des politiques fait; j'ai présenté un plan simple en 12 points qui pourrait servir de feuille de route pour l'équité en santé. Vous avez examiné ce qui se fait de mieux dans les autres pays et vous savez qu'il y a énormément de choses intéressantes qui se passent.

Pour la question d'ensemble, il y a un danger d'être paralysé par la portée des déterminants sociaux de la santé et par les défis qui y sont associés. Nous pouvons tous réfléchir à ce que sera le point de départ. Nous avons besoin de logements à prix abordable, nous devons réduire la pauvreté et nous devons promouvoir la santé en amont. Nous ne pouvons pas tout faire en même temps.

Mon message est simple; il faut commencer quelque part, formuler la meilleure hypothèse possible. J'imagine que j'appellerais ça une expérience stratégique. Si vous êtes un décideur, formulez la meilleure hypothèse possible en empruntant les avenues les plus prometteuses pour agir et faire des expériences. Puis, évaluez rigoureusement les résultats et misez sur ce qui fonctionne. Graduellement, nous aurons une meilleure idée de ce qui fonctionne et nous élaborerons une stratégie globale cohérente.

Il faudra en partie restructurer le fonctionnement des gouvernements. Votre travail sera examiné attentivement par le fédéral et par les autres ordres de gouvernement. Ce travail n'est pas exclusivement interne. Ça signifie qu'il faut établir des partenariats avec les collectivités et les autres intervenants. Ça signifie de faire les choses autrement. Encore une fois, il faut examiner les trouvailles et les expériences d'autres pays, nous savons qu'il existe de nombreux forums de coordination interministériels intéressants. Nous savons qu'ils travaillent à rassembler les gens afin de déterminer les questions communes. Nous savons qu'il est important d'avoir des objectifs précis et d'avoir des outils. Nous pourrions peut-être revenir et en parler plus en détail.

My outfit is doing work with the Toronto Central Local Health Integration Network, (LHIN), and with the Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario to pilot a health equity impact-assessment tool.

With your broader view, the subcommittee will be interested in those cross-government collaborations. My reading of other jurisdictions is that there is real potential for secretariat-kind of functions, to ensure that everyone knows what is happening. The Public Health Agency of Canada has been doing a good job of that and can be enabled and encouraged to do more. There needs to be important coordination mechanisms.

Deputy ministers and assistant deputy ministers are getting together on social policy and economic policy at various meetings of regular forums. This committee could recommend health equity and health impact as part of the mandates on the most appropriate cross-sectoral committees.

The other thing is a clear lesson from England, Sweden and the jurisdictions that are really moving on health equity and social determinants. The lesson is that it has to be driven from central authority. There needs to be a champion at the top. Someone at the top, like our equivalent of the Privy Council Office or Department of Finance, has to drive cross-government action. We can have all the committees in the world but if somebody is not driving it, it will not happen.

There are some interesting examples from across the world you can look at and recommend. I am happy to talk about that in more detail.

One of the critical things of the potentially successful big strategies from other jurisdictions is that they deal with high-level, macro stuff — they deal with economic policy, housing and anti-poverty but also enable and invest in local action.

I think a major difference on social determinants of health and reducing health disparities comes at the community and local level. It is a critical role of governments to both invest in local community efforts and ensure there is a vibrant local community sector. My colleagues will talk about that. They should also create the cross-sectoral planning forums so the community and the governments and everyone are talking to each other and can learn from each other. I emphasize that point.

You have tremendous influence and can advise the government on what should go into its budget. Let us make sure there are social stimulus as well as economic stimulus; let us invest in community infrastructure as well as the obvious infrastructure projects.

L'organisation pour laquelle je travaille dirige l'élaboration d'un outil d'évaluation de l'incidence de l'équité en santé en collaboration avec le réseau local d'intégration de services de santé de Toronto-Centre, le RLISS, et avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Grâce à sa vue d'ensemble, le sous-comité pourra s'intéresser aux activités de collaboration intergouvernementales. Selon mon interprétation de ce qui se passe dans d'autres pays, il existe un potentiel réel en ce qui concerne les fonctions de secrétariat, pour s'assurer que tout le monde sait ce qui se passe. L'Agence de santé publique du Canada a fait du bon travail à cet égard et on peut l'aider et l'encourager à en faire plus. Des mécanismes de coordination solides doivent être mis en place.

Les sous-ministres et les sous-ministres adjoints discutent des politiques sociales et économiques à l'occasion de réunions tenues dans le cadre de forums réguliers. Le comité pourrait recommander que l'équité en santé et que l'incidence sur la santé fassent partie du mandat des comités intersectoriels pertinents.

L'autre élément est ce que nous avons appris de l'Angleterre, de la Suède et des pays qui agissent par rapport à l'équité en santé et aux déterminants sociaux. Nous avons appris que ces questions doivent être dirigées par une autorité centrale. Il doit y avoir un champion à la tête de tout ça. Quelqu'un à la tête qui, comme l'équivalent du Bureau du Conseil privé ou du ministère des Finances, dirige les mesures intergouvernementales. Nous pouvons mettre sur pied tous les comités possibles, mais si personne ne les dirige, rien ne se passera.

On peut examiner quelques exemples intéressants provenant de partout dans le monde et on peut faire des recommandations à cet égard. Je suis heureux de pouvoir en parler en détail.

Un des éléments essentiels des grandes stratégies des autres pays susceptibles de connaître du succès est qu'elles traitent de questions générales, à un haut niveau — elles traitent des politiques économiques, de logement et de lutte contre la pauvreté, mais elles favorisent également l'action locale, et y prévoient des investissements.

Je crois que la grande différence par rapport aux déterminants sociaux de la santé et à la réduction des disparités en santé se situe à l'échelle communautaire et locale. Les gouvernements ont le rôle essentiel d'investir dans les efforts communautaires locaux et de voir à ce que le secteur communautaire local soit fort. Mes collègues vous en parleront. Les gouvernements doivent également mettre sur pied les forums de planification intersectoriels qui permettront à la collectivité, aux gouvernements et à tous de se parler et d'apprendre les uns des autres. Je souligne l'importance de ce point.

Vous avez une très grande influence et vous pouvez conseiller le gouvernement sur ce qui doit faire partie de son budget. Il faut s'assurer de mettre en place des mesures sociales et des mesures de relance économique; il faut investir dans les infrastructures communautaires et, évidemment, dans les projets d'infrastructure.

I did some work for the Toronto Central LHIN, which is Ontario's version of regional health authorities. We tried to do two things at once; we tried to build equity into all health planning — and this would apply to other social worlds, as well — but also target some proportion of your investment and initiatives into particularly health-disadvantaged communities or populations or a particular barrier — language, low-income or literacy barriers. That is probably not a bad model to consider for wider action on social determinants; in other words, working simultaneously at those two levels.

One of the problems we often come up against is a lack of data. For example, if we want to ensure that a particular language community is well served by social and health services, we do not have the data to match race, ethnicity and ethnocultural background to services or demographics.

I think an interesting recommendation this subcommittee could consider would be to get the key players together at a national level, with all the provincial players to try to think of common definitions and a common data platform.

I want to do is go back to that idea of local interventions. I think if one is targeting a particular population or a really under-served community, that happens locally. The impetus can come from a national or provincial government, a regional health authority or a municipality but that happens on the ground in communities.

We know there is an enormous amount of enthusiasm and interest in these issues and I gave a few examples in my paper of neat stuff happening across the country. I think your task, as decision makers, is to think of ways to enable and to nurture that community action.

One of the challenges is that most of these community agencies are funded here and there by one-time funds and they are living hand-to-mouth. That means they do not have research capacity, so they cannot evaluate their own programs in the lessons-learned or in the practical sense. Demonstration projects or that sort of thing is another area this subcommittee might consider and what good applied service evaluation is. I do not just mean the accountability and value for money. Obviously, there are reporting and accountability mechanisms.

J'ai collaboré avec le RLISS de Toronto-Centre, qui est l'équivalent ontarien des régies régionales de la santé. Nous avons essayé de faire deux choses en même temps; nous avons essayé d'atteindre l'équité dans tous les domaines qui touchent la planification de la santé — et cela s'appliquerait également dans les autres secteurs sociaux — mais nous avons également visé une proportion de vos investissements et de vos initiatives dans les collectivités où les populations particulièrement désavantagées sur le plan de la santé ou dans celles qui affrontent une barrière particulière — barrière liée à la langue, au faible revenu ou à l'alphabétisme. Cette façon de faire n'est probablement pas un mauvais modèle à examiner dans le cadre d'une intervention plus vaste sur les déterminants sociaux; autrement dit, en travaillant simultanément à ces deux niveaux.

L'un des problèmes auxquels nous devons souvent faire face est le manque de données. Par exemple, si nous voulons nous assurer qu'une certaine communauté linguistique reçoit bien les services de santé et les services sociaux requis, nous ne possédons pas les données concernant la race, l'origine ethnique et le contexte ethnoculturel pour comparer les profils démographiques et les services.

Je crois qu'une des recommandations que le sous-comité devrait étudier serait de réunir les principaux intervenants du niveau national ainsi que ceux de niveau provincial pour essayer de s'entendre sur des définitions communes ainsi que sur un cadre de données commun.

Je veux revenir à l'idée des interventions locales. Je crois que si l'on vise une population en particulier ou une collectivité très mal desservie, il faut le faire au niveau local. Le coup de pouce peut venir d'un gouvernement provincial ou du gouvernement fédéral, ou encore d'une administration régionale de la santé ou d'une administration municipale, mais les efforts se concrétisent sur le terrain au sein des collectivités.

Je sais que l'on manifeste beaucoup d'enthousiasme et d'intérêt au sujet de ces questions. J'ai d'ailleurs donné quelques exemples dans mon document de toutes ces choses vraiment intéressantes qui se produisent au pays. Je crois que votre tâche, en tant que décideurs, consiste à trouver des moyens d'encourager et de promouvoir l'action communautaire.

Je crois qu'une des difficultés est que la plupart de ces organismes communautaires sont financés ici et là par des fonds ponctuels et qu'ils vivent au jour le jour. Ce qui veut dire qu'ils n'ont pas les moyens de faire de la recherche, il est impossible pour eux d'évaluer leurs propres programmes à travers les leçons reçues ou d'un point de vue pratique. Les projets pilotes et les initiatives semblables sont un autre domaine que ce sous-comité devrait prendre en considération, ainsi que ce qu'est une évaluation des services bien menée. Je ne parle pas simplement de responsabilisation et d'optimisation des ressources. Manifestement, il existe des mécanismes de reddition de comptes et de responsabilisation.

I can say I think this is neat. I gave the example of the Edmonton Multicultural Health Brokers Co-operative. How do we know it is working well and how do they translate that in Quebec City and Sudbury? That needs applied research.

Once we have those pockets of innovation going all over the country, how can we ensure they share what is working? That is innovation or knowledge management. The Public Health Agency of Canada and the national collaborating centres are doing some of that job and doing a good job with it.

That area could be expanded and should be community-based. They are people that know what is happening on the ground. They can develop easy-to-use forums and infrastructure to share what is working to ensure we are not reinventing the wheel every time we address a service challenge. However, keep in mind how stretched community agencies are.

**Katherine Scott, Vice-President, Research, Canadian Council on Social Development:** I would like to echo and pick up on some of the themes that Mr. Gardner talked about in his session. Thank you for the opportunity to address the committee. I understand you will be framing your final report so it feels like a timely opportunity.

I come from the Canadian Council on Social Development. We are not formally a health organization, but are very much involved in social development and understand the determinants of health as a key part of our mandate. We are involved in the community sector. Where the rubber hits road in population health policy is at the community level and with the ability of communities to react, adapt and innovate around the challenges they face.

Communities vary in their capacity across the country. They all share a common commitment to pursuing the well-being of their own members. They face similar barriers when it comes to resourcing their activities, reaching out, and learning from other organizations, et cetera.

A piece of research we did a number of years ago at the council spoke about the types of funding challenges that community organizations face. I would like to relate to that particular piece of work as we move into this current economic climate. The ability of communities to sustain and move forward with the innovation in which they are engaged is challenged, certainly around some of the social determinants of health. Funding and administrative challenges are an important architectural piece as we talk about a broader framework and the ability of communities to continue participating in this type of innovation.

Je vous avoue que je trouve ça très intéressant. J'ai donné l'exemple du Edmonton Multicultural Health Brokers Co-operative. Comment savoir si cela marche bien et si l'on peut appliquer ce modèle à Québec ou à Sudbury? C'est une question qui devrait être approfondie.

Une fois que nous avons tous ces regroupements d'entreprises innovatrices dispersées dans tout le pays, comment faire en sorte qu'elles partagent leurs pratiques exemplaires? Il s'agit là de gestion d'innovation ou de gestion des connaissances. L'Agence de santé publique du Canada ainsi que les centres nationaux font ce travail et ils le font très bien.

Par contre, cette zone devrait être étendue et pourrait être sur une base communautaire. Il y a des gens qui savent exactement ce qui se passe sur le terrain. Ils pourraient élaborer des tribunes et des infrastructures faciles à utiliser pour partager leurs pratiques exemplaires et pour veiller à ce qu'on ne tente pas de réinventer la roue à chaque fois que nous abordons un problème. Toutefois, n'oublions pas que les organismes communautaires sont déjà débordés.

**Katherine Scott, vice-présidente, Recherche, Conseil canadien du développement social :** J'aimerais reprendre certains thèmes que M. Gardner a abordés au cours de son intervention. Je vous remercie d'abord de me donner l'occasion de parler devant ce comité. J'ai cru comprendre que vous alliez bientôt terminer votre rapport final et je crois donc que le moment est opportun.

Je viens du Conseil canadien de développement social. Nous ne sommes pas à proprement parler un organisme de santé, mais nous sommes très impliqués dans le développement social et nous savons que les déterminants de la santé constituent un élément clé de notre mandat. Nous sommes impliqués dans le secteur communautaire. En ce qui a trait aux politiques en matière de santé, le moment de vérité, là où la théorie devient pratique, est au niveau communautaire, c'est-à-dire lorsque les collectivités doivent réagir et s'adapter aux défis qui se présentent, et parfois même innover.

Les compétences des collectivités varient d'un bout à l'autre du pays. Les collectivités partagent toutes un engagement commun qui est de veiller au bien-être de leurs membres. Elles se butent aux mêmes obstacles lorsqu'il s'agit de financer leurs activités, de nouer des relations, de s'inspirer des autres organismes, et cetera.

Une recherche que nous avons faite au conseil il y a quelques années soulignait les problèmes de financement auxquels devaient faire face les organismes communautaires. J'aimerais me référer à ce document en particulier pendant que nous entrons dans le contexte économique actuel. Les capacités des collectivités de soutenir et de promouvoir l'innovation dans laquelle elles se sont engagées sont très certainement mises à l'épreuve par des déterminants sociaux de la santé. Le financement et les défis administratifs constituent un élément fondamental quand on parle d'un cadre de travail plus vaste et de la capacité des collectivités de continuer à participer à ce type d'innovation.

I would like to make the case that the current funding practices are systematically undermining some of the community activities. This is something on which I would like to make some recommendations at the end that hopefully will find resonance with the work you are doing.

Civil society and community organizations are a vital part of Canadian communities across the country. We know from a large survey on non-profit organizations done a number of years ago, that there are roughly 5,000 community-based health organizations outside of the hospital sector in Canada. This sector employs thousands of Canadians. These are organizations that work in conjunction with hospitals and the big institutional players.

Health organizations are active in communities and are important players. They, like other community organizations, are facing particular funding challenges. The research I did a number of years ago documented the experiences of communities through the mid-1990s when revenues were climbing. However, we had seen a shift in how organizations were funding away from sources of organizational support to short-term funding-based mechanisms that are highly targeted, unpredictable, dependent, and with increasingly onerous reporting requirements.

Effectively, funders were becoming frequently reluctant to fund administrative functions in community organizations, while at the same time; administrative requirements were increasing exponentially. Community organizations were running faster to do more with fewer resources and experiencing high levels of staff turnover and volunteer fatigue.

This shift to project funding is the way governments and other funders support much community level programming. It has been a feature of the funding climate that continues to undermine community organizations. Mr. Gardner talked about some of the amazing community innovation. You will see and hear about fabulous projects or pilots that happen. However, invariably, they are one-offs because it is project funding or short-term and no evaluation is taken into account with little support for administration. These types of funding mechanisms all curtail the potential for this type of work.

These funding issues came to the attention of the federal government and have been an issue of the voluntary sector for a long time. The first report on funding and funding reform in the non-profit sector was from the Panel on Accountability and Governance in the Voluntary Sector, the Broadbent panel, in 1999. Some of you may remember it. Subsequent to that the government launched the Voluntary Sector Initiative and funding was an important theme in that work as well. In 2005, there was the Task Force on Community Investments, which was spearheaded at Human Resources and Skills Development

J'aimerais démontrer que les pratiques de financement actuelles minent systématiquement certaines activités communautaires. J'aimerais faire des recommandations à ce sujet qui, je l'espère, trouveront un écho dans le travail que vous faites.

Les organismes communautaires et les organismes de la société civile sont une partie essentielle des collectivités canadiennes dans tout le pays. Nous savons, d'après un vaste sondage sur les organismes à but non lucratif fait il y a plusieurs années, qu'il existe environ 5 000 organismes de santé communautaire à l'extérieur du secteur hospitalier au Canada. Ces organismes de santé emploient des milliers de Canadiens. Il s'agit d'organismes qui travaillent en collaboration avec les hôpitaux et les grandes institutions.

Les organismes de santé sont actifs et jouent un rôle important au sein des collectivités. Ils doivent faire face, comme d'autres organismes communautaires, à des problèmes de financement précis. La recherche que j'ai faite il y a quelques années documentait la situation des collectivités au milieu des années 1990 alors que les revenus étaient en hausse. Cependant, nous avons été témoins de changements alors que les organismes sont financés de moins en moins par les soutiens organisationnels usuels et plus souvent par des mécanismes de financement à court terme qui sont très ciblés, imprévisibles, dépendants et qui imposent des exigences de reddition de comptes très coûteuses.

Concrètement, les bailleurs de fonds étaient de plus en plus réticents à financer les fonctions administratives au sein des organismes communautaires, et en même temps les exigences administratives augmentaient de façon exponentielle. Les organismes communautaires tentaient toujours d'en faire plus avec moins et subissaient un roulement de personnel élevé ainsi que la fatigue de leurs bénévoles.

Ce changement dans le financement des projets est la façon dont les gouvernements ainsi que les autres bailleurs de fonds appuient la plupart des programmes communautaires. C'est un des aspects du domaine du financement qui continue de miner les organismes communautaires. M. Gardner a parlé de certaines innovations communautaires tout à fait exceptionnelles. Nous allons voir et entendre parler de projets ou de projets pilotes extraordinaires qui sont réalisés. Toutefois, ces initiatives sont invariablement ponctuelles parce qu'elles bénéficient d'un financement par projet ou à court terme, qu'aucune évaluation n'est prise en considération et que les projets ne reçoivent aucun soutien administratif. Ces types de mécanismes de financement freinent le potentiel de ce genre de travail.

Ces questions à propos du financement ont été portées à l'attention du gouvernement fédéral et sont des problèmes inhérents au secteur bénévole depuis longtemps. Le premier rapport en matière de financement et de réforme sur le financement du secteur à but non lucratif a été publié par la Table ronde sur la transparence et la bonne gestion dans le secteur bénévole, la Table ronde Broadbent, en 1999. Certains d'entre vous s'en souviennent peut-être. À la suite de ce rapport, le gouvernement a lancé l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire et le financement était un des points importants

Canada. More recently, this particular government launched the Blue Ribbon Panel chaired by the head of the United Way in Toronto, Frances Lankin. That committee reported back in 2007.

All of this work reiterated the importance of looking at the mechanisms for funding community-based organizations. The inter-sectoral and macro-level policy work was fine, but unless it strengthened the relationships with community through these fundamental, institutional, funding relationships — contracts, reporting requirements, et cetera — much effort was lost.

The Blue Ribbon Panel reported back making 32 recommendations captured in four directives. There was a fundamental directive to respect the community sector: the government should be recognizing and entering into relationships with non-profits as equitable partners engaged in the task of promoting well-being at the community level.

The panel suggested that the government look at dramatically simplifying reporting in the accountability regime and design new vehicles to promote innovation. Current funding regimes and accountability actually work to curtail innovation. No one will take risks in a funding environment where you are punished by scooping up year-end dollars. There are ways in which the funding vehicles work systematically to thwart innovation. That is a concern to a committee such as this promoting population health.

As Mr. Gardner said, there was a fundamental lack of good data and evaluation in this sector. The government should better service non-profit organizations in this regard.

In the spring of 2008, the government released its first action plan and is considering redoing its transfer payment policy. It is an administrative reform. They are talking about simplifying reporting requirements, streamlining applications for funding, et cetera. This particular plan did not address central issues around lack of administrative support or lack of funding for organizational support — core funding — for organizations.

One issue raised repeatedly is that government non-profit funding relationships has systematically underfunded community organizations to the tune of 15 per cent. One recommendation put forward the principle of full cost recovery and therefore, if you enter into a contract for service or some particular activity that the government commit to paying the full cost of that service.

dans ce document également. En 2005, un Groupe de travail sur les investissements communautaires a été créé à l'initiative de Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Plus récemment, le gouvernement actuel a mis sur pied un groupe d'experts présidé par la dirigeante de Centraide à Toronto, Frances Lankin. Le rapport de ce comité a été publié en 2007.

Tous ces travaux réitéraient l'importance d'examiner les mécanismes de financement des organismes communautaires. Le travail d'élaboration des politiques intersectorielles et à l'échelle macroscopique était adéquat, mais si le lien avec les collectivités n'était pas renforcé par les relations fondamentales et institutionnelles de financement — les contrats, les exigences en matière de reddition de comptes, et cetera —, beaucoup d'efforts ont été faits en vain.

Le groupe d'experts a publié 32 recommandations dans quatre directives. Une des directives principales était le respect du secteur communautaire : le gouvernement devait cultiver des relations avec des organismes à but non lucratif et les reconnaître comme des partenaires à part entière investis dans la promotion du bien-être communautaire.

Le groupe d'experts a suggéré que le gouvernement devrait chercher à simplifier de façon substantielle la reddition de comptes dans son régime de responsabilisation et concevoir de nouvelles façons d'encourager l'innovation. En réalité, les régimes de financement actuels et de responsabilisation freinent l'innovation. Personne n'osera prendre des risques dans un secteur du financement où l'on est puni en devant ramasser les derniers dollars à la fin de l'exercice financier. Il y a certaines méthodes où les moyens de financement minent systématiquement l'innovation. C'est un sujet d'inquiétude pour notre comité qui tente de promouvoir la santé de la population.

Comme M. Gardner l'a dit, il y a une carence essentielle en matière de bonnes évaluations et de données exactes dans ce secteur. Le gouvernement devrait offrir de meilleurs services aux organismes à but non lucratif dans ce domaine.

Au printemps 2008, le gouvernement a lancé son premier plan d'action et songe refaire sa politique sur les paiements de transfert. Il s'agit là d'une réforme administrative. Ils discutent de la possibilité de simplifier les exigences en matière de reddition de comptes, de simplifier les demandes de subvention, et cetera. Ce plan en particulier ne traite pas des questions essentielles concernant le manque de soutien administratif ou le manque de soutien organisationnel en matière de financement — le financement de base — pour les organismes.

On n'a cessé de répéter que le gouvernement sous-finance systématiquement les organismes communautaires à hauteur de 15 p. 100. On a recommandé le principe de recouvrement intégral des coûts; ainsi, si on passe un contrat de service ou si on entreprend une activité particulière, le gouvernement s'engage à payer le coût total de ce service.

We have now have information suggesting government is fundamentally undercutting or underfunding those services. The government plan released last year did not address these central funding issues, so they remain a source of weakness in the government/non-profit relationship.

It is important to address these issues in this context because, as I said at the outset, the vitality of the community sector is really what will drive the population health agenda forward. We can craft, at the most intricate, macro-level, intersectoral policy development forums, but if that does not connect to a vibrant community sector — which is now, of course, struggling within the context of fewer resources going into many of these agencies — we will be hamstrung; we will not be able to make effective change. We will not be able to replicate the fabulous innovation that exists now; it will not translate. We will not take that great example in Edmonton and realize it in Quebec City.

There are many pieces involved, but one we can focus in on to look at the funding relationship and to put it on the right track. This is the recommendation from the federal government, as well as from other orders of government and other funders. What is emerging, as we talk about communities of practice and sharing best knowledge is that the funders are now talking to each other. This is an interesting development.

I did a piece two years ago looking at innovative funding practice from the funder's perspective and the challenges they face. Funders do have a variety of important challenges they face in crafting funding programs.

What is happening in the philanthropic sector in the United States is that there are new strategies for capacity development, financing and making available social loan equity to community organizations. Funders are now talking to each other, whereas they used to compete with each other. In Ontario, for instance, arts funders are convening their own round tables, talking and sharing their best funding practice ideas.

As part of a non-profit organization, I think that is great, because that will improve my relationship. The good practices will rise to the top and you will start seeing change. You see funders approaching the issue of core support differently and realizing that they cannot expect the organization to function effectively if they only give 10 per cent for administration. No private-sector business would fund their administrative costs at 10 per cent. I have never particularly understood the expectation that non-profit organizations are able to do this. We come up with these rigid formulas and the result is to erode the capacity of the organizations to do their work.

D'après l'information que nous avons, il semble que le gouvernement compromet ou sous-finance radicalement ces services. Dans le plan gouvernemental rendu public l'an dernier, ces questions de financement cruciales n'ont pas été abordées; elles demeurent donc une faiblesse dans les relations du gouvernement avec les organismes sans but lucratif.

Comme je l'ai dit au début, il est important d'aborder ces questions dans le contexte parce que c'est vraiment la vitalité du secteur communautaire qui fera avancer le programme de santé de la population. Nous pouvons créer des forums sur l'élaboration des politiques intersectorielles, à l'échelon macro-économique le plus complexe, mais si ce n'est pas lié à un secteur communautaire dynamique — qui est de toute évidence en difficulté, puisque les ressources affectées à bon nombre de ces organismes diminuent — nous serons paralysés; nous ne serons pas en mesure de faire des changements efficaces. Nous ne serons pas en mesure de reproduire l'innovation fabuleuse qui existe actuellement; elle ne donnera pas de résultat. Nous ne pouvons pas transposer avec succès le formidable exemple d'Edmonton à Québec.

Beaucoup de choses sont en jeu, mais nous pouvons nous concentrer sur la relation de financement et la remettre dans la bonne voie. C'est la recommandation du gouvernement fédéral, ainsi que d'autres ordres de gouvernement et d'autres bailleurs de fonds. Ce qui ressort, puisqu'il est question des communautés de pratique et de la mise en commun des meilleures connaissances, c'est que les bailleurs de fonds se parlent. Voilà un progrès intéressant.

Il y a deux ans, j'ai examiné la pratique de financement novatrice du point de vue des bailleurs de fonds, et les difficultés auxquelles ils font face. Les bailleurs de fonds font face à bien des difficultés importantes dans l'élaboration des programmes de financement.

Dans le secteur philanthropique américain, il y a de nouvelles stratégies pour le renforcement des capacités, le financement et l'accès aux prêts sociaux aux organismes communautaires. Les bailleurs de fonds se parlent, maintenant, alors qu'ils avaient l'habitude de se faire concurrence. En Ontario, par exemple, les organismes de soutien aux arts convoquent leurs propres tables rondes, où ils mettent en commun leurs idées concernant les pratiques de financement exemplaires.

Comme je fais partie d'un organisme sans but lucratif, je crois que c'est merveilleux, parce que ma relation sera améliorée. Les pratiques exemplaires prendront le dessus, et on commencera à voir le changement. Les bailleurs de fonds aborderont différemment la question de l'aide de base et s'apercevront qu'ils ne peuvent pas s'attendre à ce que l'organisme fonctionne efficacement s'ils consacrent seulement 10 p. 100 à l'administration. Aucune entreprise du secteur privé n'affecterait que 10 p. 100 de son budget à l'administration. Je n'ai jamais vraiment compris qu'on s'attend à ce que les organismes sans but lucratif puissent le faire. Nous adoptons des formules rigides, ce qui réduit la capacité des organismes à faire leur travail.

Some tremendous funding innovation is going on right now. It would be an interesting complement to the work of the committee to consider some of those models. I am happy to provide additional information about that. I will leave it at that and turn it over to Ms. Clement, who will talk about community engagement.

**Connie Clement, Executive Director, Health Nexus:** I am thrilled to be here. It is really an honour.

Health Nexus, Nexus Santé is a charitable bilingual organization that builds health promotion capacity. It is Ontario-centric, not Ontario limited. We were particularly pleased to be recognized, in one of your earlier papers, for our contributions to population health, particularly being a small organization.

I have submitted a paper to you. I will focus on the community engagement aspect. I have named six challenges. One challenge is to find the right terminology. Health excludes, by terminology, all of the partners who work in social issues and do not think about what they do as health related. We need to find what is that wording and commonality.

There is the concept of movement upstream. Everyone across sectors gets the idea of not the clinical term of prevention, but being upstream before bad events happen further downriver.

With regard to political will and willingness, I think you know far more than I do how often population health and health equity have been addressed in reports, over and over.

We face the challenge of building commitment across all sectors, building public awareness, and what I call sustaining the demand by communities and the public. This is when I actually talk about engagement.

Before I go into how we engage people, the piece of public awareness is very important. When Canadians stop to think about health equity, they tend to understand and to care. There is a piece about helping to translate these complex ideas into simpler ways.

In Ontario, we have been involved with three social marketing campaigns over the last decade, with partners. I gave Barbara Reynolds, your clerk, copies of two of the campaigns, a set in English and a set in French. There have been posters, radio and, in one case, television advertising. With social marketing, it is always hard to tell how someone's values or behaviour has changed, but in all of those campaigns we had very good recall later and people did notice them. It is important to note that you will still find these posters in social services and health organizations all over Ontario, many years after their campaigns.

In the paper that I presented, I named a number of different mechanisms that could be used to help increase public awareness. I want to focus on the challenge you named in your issues and options paper, namely, that as you build community engagement

On observe des progrès énormes en matière de financement à l'heure actuelle. Ce serait un complément intéressant au travail du comité d'examiner certains de ces modèles. Je serai heureux de fournir d'autres renseignements à cet égard. Je m'arrêterai donc là pour céder la parole à Mme Clement, qui parlera de l'engagement communautaire.

**Connie Clement, directrice générale, Nexus Santé :** Je suis très heureuse d'être ici. C'est vraiment un honneur.

Nexus Santé, Health Nexus est une organisation bilingue caritative qui renforce la capacité de promotion de la santé. Ses activités se concentrent en Ontario, mais ne se limitent pas à cette province. Nous étions particulièrement heureux d'être reconnus, dans l'un des documents que vous avez présentés plus tôt, pour les contributions que nous avons apportées à la santé de la population, surtout en tant que petite organisation.

Je vous ai remis un document. Je parlerai principalement de l'engagement communautaire. J'ai indiqué six défis. Un des défis consiste à trouver la bonne terminologie. Par sa définition, le concept de « santé » exclut tous les partenaires qui oeuvrent dans les questions sociales et qui ne croient pas que leur travail est lié à la santé. Nous devons découvrir quels sont les termes utilisés et les points communs.

Il y a le concept de travail en amont. Pour les personnes de tous les secteurs, il ne s'agit pas de ce que l'on appelle de la prévention en termes cliniques, mais plutôt de travailler en amont pour anticiper les coups.

En ce qui concerne la volonté politique, je crois que vous savez beaucoup mieux que moi que la santé de la population et l'égalité en matière de santé ont fait l'objet de rapproches à maintes reprises.

Les défis à relever consistent à obtenir un engagement entre tous les secteurs, à sensibiliser le public et à ce que j'appelle entretenir la demande des collectivités et du grand public. Voilà ce que j'entends par engagement.

Avant d'expliquer comment nous faisons participer les gens, l'aspect de la sensibilisation du public est très important. Lorsque les Canadiens s'arrêtent à la question de l'égalité en matière de santé, ils ont tendance à comprendre et à s'y intéresser. Dans une partie, on parle d'aider à la simplification de ces idées complexes.

En Ontario, nous avons pris part à trois campagnes de marketing social ces dix dernières années, avec des partenaires. J'ai donné à Barbara Reynolds, votre greffière, la documentation de deux des campagnes, en anglais et en français. Des affiches ont été placardées et il y a eu de la publicité à la radio, et dans un cas, à la télévision. Avec le marketing social, c'est toujours difficile de dire dans quelle mesure les valeurs ou le comportement changent, mais, nous avons reçu de très bons commentaires après toutes ces campagnes et les gens les remarquaient. Il est important de noter que vous trouverez encore ces affiches dans les organismes de services sociaux et de santé partout en Ontario, de nombreuses années après les campagnes.

Dans le document que j'ai présenté, j'ai indiqué plusieurs mécanismes différents qui pourraient servir à mieux sensibiliser le public. J'aimerais mettre l'accent sur le défi figurant dans votre rapport sur les enjeux et les options, notamment renforcer

and help fund the kind of community organizations that Ms. Scott and Mr. Gardner have spoken about, how do they do their work and how do you ensure you are getting good results for that commitment?

I will provide two examples of engagement and then move on to how you know you are getting response.

I want to start with Ontario's work around tobacco. This is quite different from what we are talking about, but it is highly respected around the world. The tobacco work was successful in Ontario because Ontario invested in building local and provincial structures, assigned specific accountability and created clear goals. We used multiple strategies with intersectoral partners. We included education, services such as cessation, and influencing policy. The focus on policy was central to the success of that work and it emphasized local intervention, such as municipal bylaws, and it emphasized federal intervention, such as market regulation.

Interestingly enough, the early work in tobacco in Ontario skipped the provincial level, which made it much safer for the province to fund it, if that makes any sense to you. The provincial work came later, and that work was built in and important.

The local action, which both Mr. Gardner and Ms. Scott spoke about, was critical. We funded local coordinating committees, we demanded youth engagement around tobacco so that there were youth action projects, and we taught youth how to grow into active citizens through their tobacco work.

What is important there is that the investment was what we would call an "effective dose" for community prevention. The emphasis was on access, availability and social modifiers, all of which are translatable to health equity.

At Health Nexus, we have been working for the last few years with an engagement model that we call connecting the dots: How do you connect different ideas and different people to build partnership that brings together individuals from community services and across different sectors? Most of our work with this model has been in chronic disease prevention. We have been bringing together people from health care, from primary prevention right through to acute and long-term care, with community partners. In most cases, they had never talked to each other. In many cases, the acute care people had never talked to the primary care people. What is important about the model is that we are not trying to form new, long-standing, formally structured alliances or networks. We are trying to generate new relationships and amplify existing relationships to create a space for enhanced partnership. We create the mechanisms for visioning and

l'engagement communautaire et contribuer au financement du genre d'organismes communautaires dont Mme Scott et M. Gardner ont parlé. Comment font-ils leur travail et comment veillez-vous à ce qu'ils obtiennent de bons résultats pour cet engagement?

Je donnerai deux exemples d'engagement et j'expliquerai ensuite comment on sait qu'on obtient des résultats.

Je vais commencer par le travail effectué en Ontario sur le tabagisme. C'est assez différent du sujet dont nous parlons, mais c'est fort respecté partout dans le monde. Le travail de lutte contre le tabagisme a porté ses fruits en Ontario parce que la province a investi dans l'édification de structures locales et provinciales, a attribué des responsabilités particulières et a établi des objectifs clairs. Nous avons utilisé différentes stratégies avec des partenaires intersectoriels. Nous avons tenu compte de l'éducation, des services comme la cessation de fumer et de l'influence sur les politiques. L'accent mis sur les politiques était la clé du succès de ce travail, qui a permis de souligner l'intervention locale, comme les règlements municipaux, et l'intervention fédérale, comme la réglementation des marchés.

Fait intéressant, le travail préliminaire en matière de tabagisme en Ontario n'a pas été fait au niveau provincial, ce qui a assuré la province lorsqu'il a été question de financement, si cela vous paraît logique. Le travail à l'échelle provinciale a été accompli par la suite; il était important et il a été intégré.

Les comités locaux d'action, dont ont parlé M. Gardner et Mme Scott, étaient essentiels. Nous avons financé des comités locaux de coordination, nous avons cherché à faire participer les jeunes à la réduction du tabagisme — il y avait donc des projets d'action pour les jeunes — et nous avons appris aux jeunes à devenir des citoyens actifs dans le cadre de leurs travaux sur le tabac.

Ce qui importe, c'est que l'investissement était ce que nous appellerions une « dose efficace » de prévention communautaire. L'accent était mis sur l'accès, la disponibilité et les déterminants sociaux, qui peuvent tous se traduire par égalité en matière de santé.

À Nexus Santé, depuis quelques années, nous utilisons un modèle d'engagement que nous appelons « De maille en maille ». Comment favorisez-vous les liens entre des idées différentes et des personnes différentes pour établir des partenariats qui regroupent des personnes provenant des services communautaires et de secteurs différents? Nous avons principalement utilisé ce modèle pour la prévention des maladies chroniques. Nous regroupons des personnes des soins de santé, de la prévention primaire et des soins actifs et des soins de longue durée, de concert avec des partenaires communautaires. Dans la plupart des cas, ces personnes ne se sont jamais parlé. Dans de nombreux cas, les gens des soins actifs n'avaient jamais parlé aux gens des soins primaires. Ce qu'il faut savoir au sujet du modèle, c'est que nous n'essayons pas de forger des alliances ou de créer des réseaux nouveaux, durables et structurés dans les règles. Nous tentons de

identification of common interest, common solutions and how they will work together.

We did this process in one region and it takes about a year to work with a community through this process. About seven to nine collaborative initiatives grew out of that 10-month commitment. We are now working with that region to research the nature of the collaborations that evolved so that we can identify those strengths and weaknesses.

Mr. Gardner talked about tools. I think you could create a whole list of mechanisms and methods for community engagement, for example, coalitions, coordinating committees, peer leadership and champions. The piece that makes it challenging to evaluate, even if the community groups have evaluation money, is that, by its nature, these kinds of methods vary by setting, by issue and by time. It makes the piece that we are always seeking of replication and transferability a little challenging to measure.

Even so, when you look at the international literature, more and more research is finding what I call level 1 and level 2 evidence; that is, research that shows a causal relationship between an intervention and the outcome that you want. Level 2 is where you have very good methodology and you see a probable influence. We are seeing more and more impacts that we can measure from interventions.

One of the questions you asked in your fourth report on issues and option was how to balance space for community creativity and specificity with accountability. Scotland has established national standards for community engagement, and they have developed principles and indicators. Community projects funded by the Scottish government are expected to measure involvement, support, planning, methods, working together, sharing information, working with others, improvement, feedback, and their own monitoring and evaluation. It is an important model because they are measuring functions and the impact or capacity of those functions. They are not measuring the content detail of kids' engagement in recreation, for example. I do not think they have been using it long enough to fully evaluate it, but it is a good model for us to look at.

One of the pieces that excites me in our community engagement work is how quickly our knowledge of what I call purposeful network development — that is, how you actually build, support and sustain networks — is growing rapidly. Much of that attention is coming from research. In Canada, there has been a fair bit of work. The Canadian Council on Social Development has been involved in looking at the network of networks; the Canada Public Health Agency is looking at

tisser de nouveaux liens et de renforcer les liens existants afin de créer de l'espace pour améliorer les partenariats. Nous créons les mécanismes de vision et d'identification des intérêts communs, des solutions communes et la façon dont ils fonctionneront ensemble.

Nous avons appliqué ce processus dans une région, et il faut compter environ un an de collaboration avec une collectivité pour en voir les fruits. Environ sept à neuf initiatives de collaboration ont découlé de cet engagement de dix mois. Nous travaillons maintenant avec cette région pour étudier la nature des collaborations qui se sont développées, afin de cerner les forces et les faiblesses.

M. Gardner a parlé d'outils. Je crois qu'on pourrait dresser la liste des mécanismes et des méthodes d'engagement communautaire, par exemple, les coalitions, les comités de coordination, le leadership par des pairs et les champions. Ce qui rend l'engagement communautaire difficile à évaluer, même si les groupes communautaires ont l'argent nécessaire pour procéder aux évaluations, c'est que de par leur nature, ces méthodes varient selon le cadre, le sujet et le moment. Cela rend l'élément que nous essayons toujours de reproduire et de transférer un peu difficile à mesurer.

Malgré tout, on voit dans la littérature internationale que de plus en plus de recherches rapportent ce que j'appelle des preuves de niveau 1 et de niveau 2, c'est-à-dire des recherches qui montrent une relation de cause à effet entre une intervention et le résultat souhaité. Le niveau 2 correspond aux cas où la méthodologie est très bonne et où l'on constate une incidence probable. On compte un nombre grandissant d'incidences qu'on peut mesurer à partir des interventions.

L'une des questions que vous avez posées dans votre quatrième rapport sur les enjeux et les options était de savoir comment trouver un équilibre entre l'espace pour la créativité et la spécificité communautaires et la responsabilisation. L'Écosse a établi des normes nationales pour l'engagement communautaire et a élaboré des principes et des indicateurs. Les projets communautaires financés par le gouvernement écossais sont censés mesurer la participation, le soutien, la planification, les méthodes, le travail d'équipe, l'échange d'information, le travail avec autrui, l'amélioration, la rétroaction et la surveillance et l'évaluation de leurs activités. Il s'agit d'un modèle important parce qu'il mesure des fonctions et l'incidence ou la capacité de ces fonctions. Il ne mesure pas le contenu détaillé de la participation des enfants aux loisirs, par exemple. Je ne crois pas que les Écossais l'utilisent depuis assez longtemps pour l'évaluer pleinement, mais c'est un bon modèle que nous devrions examiner.

L'un des éléments qui me réjouit dans nos travaux sur l'engagement communautaire, c'est de voir à quel point nos connaissances de ce que j'appelle l'élaboration de réseaux dans un but précis — c'est-à-dire la façon dont on met en place et soutient les réseaux — augmentent rapidement. Une bonne partie de cette attention vient de la recherche. Au Canada, on a accompli passablement de travail. Le Conseil canadien de développement social participe à l'examen du réseau des réseaux; l'Agence de la

network models for civil society engagement around health equity; and there is rapidly escalating knowledge about communities of practice and how you support that.

We are doing a piece of research at the moment where we are working with some software that helps us deepen the understanding of existing networks so that the members of that network actually help to identify who is an innovator or a leader, who is the grunt worker, who is the person who has many or few relationships, who is the person who champions externally, who is the person who amplifies someone's quieter voice internally, and who is the one who makes referrals. I do not have results for you yet; we will be at that point in about three weeks. I could talk to you about them then. They have been using this software now in the U.S., including in the private and the non-profit sector.

The point that amplified with me was that a large city bank in the U.S. that was doing this kind of research realized that one of the reasons that they were failing to get clientele from the Hispanic communities was that their only relationships were with Hispanic men in business, but the leaders in the Hispanic community were all women. They needed to shift their practice. They started to figure out how to link with community-based female leaders. I think we have a lot to learn from that research.

Mr. Gardner talked about enthusiasm. For me, the challenge is to find out what we can invest in to help amplify the passion of the few to become the passion of many. When Canadians are taught about the inequity that exists in health, there is a huge value of fairness and of belonging in Canada. I will give you an example from Saskatoon, where the regional health authority surveyed local residents about priorities and health. On the first round of that research, the list was what you would expect; the focus was more on health care, and so on. They then took the time, by phone, to explain local ways that health is not equitable in Saskatoon. In affluent neighbourhoods in Saskatoon, 93 per cent of children are immunized according to schedule. They chose an issue like immunization and children. Only 44 per cent of children in the poorest neighbourhoods in Saskatoon are immunized. This is a medical aspect of universal health care.

When people knew that, they said that was not fair. They actually said, "Yes, we would like more money in prevention. We would like more money to go to population health. We would like that enough that you could even take away a little bit from medicine and treatment." That is the first time I have ever seen research where someone did not want an add-on but started to say, "Yes, we can do a bit of financial shifting." I think it comes from that concept of fairness.

As we engage communities, I encourage that we do so around those issues so that we can build passion.

santé publique du Canada examine les modèles de réseaux pour la participation de la société civile qui portent sur l'égalité en matière de santé; et les connaissances sur les communautés de pratique et la façon dont il faut les soutenir se développent rapidement.

Actuellement, nous effectuons une recherche avec un logiciel qui nous aide à approfondir la compréhension des réseaux existants, afin que les membres de ce réseau puissent déterminer qui est un innovateur ou un leader, un travailleur de force, une personne ayant beaucoup ou peu de rapports, un champion à l'externe, une personne qui amplifie à l'intérieur la voix plus tranquille de quelqu'un d'autre, et une personne qui renvoie à d'autres. Je n'aurai pas de résultats à vous présenter avant environ trois semaines. Je pourrai vous en parler à ce moment-là. Les Américains utilisent actuellement ce logiciel, notamment le secteur privé et sans but lucratif.

L'élément qui m'a le plus marquée, c'est qu'une grande banque américaine qui effectuait ce genre de recherches s'est rendu compte qu'elle n'arrivait pas à obtenir de clients de la communauté hispanique en partie parce qu'elle entretenait des liens seulement avec des hommes d'affaires hispaniques, alors que les dirigeants de la communauté hispanique étaient toutes des femmes. La banque devait changer sa façon de faire. Elle a cherché à créer des liens avec les dirigeants de la communauté. Je crois que nous avons beaucoup à apprendre de cette recherche.

M. Gardner a parlé d'enthousiasme. Pour moi, le défi consiste à trouver dans quel domaine nous pouvons investir pour aider au développement de la passion de quelques personnes afin qu'elle devienne la passion de beaucoup de gens. Lorsqu'on informe les Canadiens de l'inégalité présente en santé, on constate que l'équité et l'appartenance au Canada ont une grande valeur. Prenons par exemple le cas de Saskatoon, où l'autorité régionale en matière de santé a sondé les résidents au sujet des priorités et de la santé. À l'issue de la première étape de la recherche, la liste obtenue était fidèle à nos attentes; l'accent était sur les soins de santé, et cetera. Ensuite, les enquêteurs ont pris le temps d'appeler les gens pour leur expliquer certaines inégalités sur le plan de la santé propres à Saskatoon. Dans les quartiers riches de Saskatoon, 93 p. 100 des enfants ont reçu tous leurs vaccins. Les enquêteurs ont choisi une question portant sur la vaccination et les enfants. Seulement 44 p. 100 des enfants des quartiers pauvres de Saskatoon ont été vaccinés. C'est un volet médical des soins de santé universels.

Lorsque les gens ont été informés de cet écart, ils ont dit que ce n'était pas juste. Voici ce qu'ils ont affirmé : » Oui, nous aimerais que plus d'argent soit investi dans la prévention et la santé des populations, à un point tel que vous pourriez même prendre une partie des sommes affectées aux médicaments et aux traitements. » C'est la première fois que je suis témoin de recherches où, plutôt que de demander des fonds supplémentaires, on propose de réorganiser un peu les finances. Je crois que ça vient du concept d'équité.

À mesure que nous mobilisons les communautés, je maintiens que nos efforts doivent être concentrés autour de ces questions afin que nous puissions susciter la passion.

**The Chair:** Thank you very much indeed, all three of you. The senators have questions for you, but first, as one of you mentioned in your presentation, we are now at the point where we are trying to frame the final report.

Consequently, I passed out this diagram to you; I think all three of you received a copy. We are recommending a whole-of-government approach so that everyone is included in an intersectoral approach.

We have been consulting extensively with the information technology world. We have a round table coming up in a couple of weeks. They tell us that they can wire this diagram. Our concept of population health that we would like to "wire," so to speak, would be based on a platform of population health with about 50 per cent coming from the socio-economic determinants, 25 per cent from the health care delivery system, 15 per cent from genetics and biology and 10 per cent from the physical environment. We are anxious to emphasize that we must look at the human life cycle. If we are to effect population health, then we cannot take pot shots at various steps along the road of life. We must look at the full human life cycle. Once that system is wired, it would be of tremendous benefit to researchers like you, because you can look at information and analyze the outcomes that have been achieved, which are various interventions.

I have a question for all three of you.

We know we are recommending the whole-of-government approach and intersectoral approach, but we do not know how to make that effective and, so to speak, get money to the ground. The community model is based on this concept. Whether that comes from a Tony Blair idea, cabinet committee, or a special minister such as a minister of human development, we believe the first ministers have to buy this. I am making an all-out effort to speak to them all.

However, we feel that, first ministers have to buy this, and then they have to designate somebody in their framework to be the champion, to provide the continuity for this whole-of-government approach. Of course, municipalities similarly have to buy it, but the leadership of the municipalities is enthusiastic at this point.

If you were king of the world, how would you organize this whole-of-government approach, federally, provincially, municipally and community-wise? That is an easy question.

**Ms. Clement:** I would lean towards something more like a Tony Blair approach than a separate minister. I am very worried that a separate minister can be, for all of the good intention, the portfolio can be diminished. You need to have a model that avoids that competition, and I would look back at Toronto's healthy communities initiative when it was the leadership, and Senator Eggleton will remember those days as well. The Healthy Communities in Toronto office reported to the equivalent of first ministers as a committee of heads. It had much greater, full-city

**Le président :** Merci beaucoup à tous les trois. Les sénateurs ont des questions à vous poser, mais tout d'abord, comme l'un de vous l'a mentionné dans son exposé, il faut essayer de boucler le rapport final.

Par conséquent, je vous ai remis ce diagramme; je crois que vous avez tous trois reçu votre exemplaire. Nous recommandons donc une approche pangouvernementale pour inclure tout le monde dans une approche intersectorielle.

Nous consultons des spécialistes sur tous les aspects de la technologie de l'information. Nous tiendrons une table ronde dans deux ou trois semaines. Ils nous disent qu'ils peuvent relier ce diagramme à un réseau. Le concept de santé des populations que nous voudrions brancher, pour ainsi dire, serait fondé sur un réseau axé sur la santé des populations; environ 50 p. 100 des données proviendraient des déterminants socioéconomiques, 25 p. 100 du système de soins de santé, 15 p. 100 de la génétique et de la biologie, et 10 p. 100 de l'environnement physique. Nous tenons à préciser que nous devons étudier le cycle de vie humaine. Si nous voulons prendre des mesures pour la santé des populations, nous ne pouvons pas examiner aléatoirement diverses étapes tout au long du chemin de la vie. Nous devons examiner le cycle de vie humaine dans son ensemble. Lorsque le système sera branché, il sera extrêmement utile aux chercheurs comme vous, parce qu'ils pourront examiner l'information et analyser les résultats obtenus, qui correspondent à diverses interventions.

J'ai une question qui s'adresse aux trois témoins.

Nous savons que nous recommandons une approche pangouvernementale et une approche intersectorielle, mais nous ne savons pas comment la mettre en œuvre et, pour ainsi dire, rendre les fonds accessibles sur le terrain. Le modèle communautaire est fondé sur ce concept. Que ça vienne d'une idée de Tony Blair, d'un comité du Cabinet ou d'un ministre spécialement chargé d'un dossier, comme un ministre du développement humain, nous croyons que les premiers ministres doivent adhérer à l'idée. Je ferai un effort suprême pour parler à chacun d'entre eux.

Toutefois, nous croyons que les premiers ministres doivent adhérer à l'idée, et qu'ensuite ils doivent désigner quelqu'un dans leur organisation pour agir à titre de champion, et ainsi assurer la continuité de cette approche pangouvernementale. Évidemment, les municipalités doivent également adhérer à l'idée, mais à ce stade-ci, les dirigeants municipaux sont enthousiastes.

Si vous étiez le roi du monde, comment organiseriez-vous cette approche pangouvernementale à l'échelle fédérale, provinciale, municipale et communautaire? Voilà une question facile.

**Mme Clément :** J'opterais pour une approche semblable à celle de Tony Blair plutôt que pour un ministre distinct. Un ministre distinct peut avoir les meilleures intentions du monde, mais je crains que le portefeuille soit réduit. On a besoin d'un modèle qui évite cette concurrence, et je jetterais un coup d'œil à l'initiative sur la santé des collectivités de Toronto à l'époque où elle traçait la voie. Le sénateur Eggleton s'en souvient probablement lui aussi. Le bureau torontois de l'initiative sur la santé des collectivités relevait d'un groupe de chefs équivalant aux

impact than most other cities and communities in Canada where it was headed by public health because the engagement of public works was immediate.

That would be the piece for that horizontal piece. I would certainly encourage that. I think Britain has a strong model.

The vertical engagement is more challenging, but I think that municipalities have a huge role to play, more so than provinces because of the community nature of their jurisdiction.

**Mr. Gardner:** The trick will be to build on already well-established and well-respected institutions. Two of the bodies within health that have taken a broader population health and a social determinants perspective are regional health authorities in most of the provinces and public health departments, to varying degrees. The regional authorities are creatures of the province; the public health departments, in most provinces, are within the regional health authorities, and some, such as Ontario, are within the municipalities. Whatever you do, you get some constitutional and jurisdictional problems.

The Canadian tradition has been to either try to bulldoze through those, which does not tend to work too well, or to sidestep them. To sidestep them through, as you are doing senator, one needs almost informal discussions with the leaders in the other provinces, other orders of government and the communities sectors to see to do all of this together. If for example, every province was to say that it would make a serious commitment to reducing health disparities in its area; we will make a serious commitment to work with our federal colleagues and our next-door provincial colleagues and with our municipal and community colleagues, it would take a different form in the different provinces, and that would not matter so much as long as there was a serious commitment. Underneath that, there is the nitty-gritty of the civil servants of the various provinces finding some coordinating mechanisms. Again, there are various FPT committees and task forces that, if they were given the political push from the leadership and the political direction that population health and social determinants are a priority, they could run with that.

Nobody is empowered to require that. However, that was a key lesson from England and other jurisdictions; they had targets in each department. Childcare and employment had targets and when it boiled down to the municipal and local level, they all had targets, and the targets were reported on and monitored. If the various orders of government were able to make those commitments and build on existing mechanisms or set up others for the coordination, it think that is doable. As the model suggests, we must make a strong recommendation that every province says that there will be a vision and an ending to reducing some targets.

premiers ministres provinciaux. Son influence à l'échelle de la municipalité était beaucoup plus grande que ce qu'on voyait dans la plupart des autres villes et collectivités du Canada où les services de santé publique géraient le programme, parce que les interventions publiques étaient immédiates.

C'est ce qu'il faudrait sur le plan des structures horizontales. C'est certainement quelque chose que j'encouragerais. Je crois que les Britanniques ont un excellent modèle.

L'engagement sur le plan vertical est plus difficile, mais je crois que les municipalités auront un rôle très important à jouer, plus important que celui des provinces en raison de la nature communautaire de leurs compétences.

**M. Gardner :** Il faudra bâtir sur des institutions déjà bien établies et respectées. Dans le milieu de la santé, deux instances ont adopté une perspective plus large concernant la santé de la population et les déterminants sociaux : dans la plupart des provinces, ce sont les autorités régionales de la santé ainsi que les services de santé publique, à différents degrés. Les autorités régionales sont des créatures provinciales; dans la plupart des provinces, les services de santé publique font partie des autorités régionales de la santé, et certaines, comme c'est le cas en Ontario, sont rattachées aux municipalités. Quoi que l'on fasse, on se retrouve avec des problèmes d'ordre constitutionnel et des problèmes de compétence.

Au Canada, soit on utilise la méthode du rouleau compresseur, ce qui, en général, ne fonctionne pas très bien, soit on contourne le problème. En les contournant comme vous le faites, monsieur le sénateur, on doit avoir des discussions à toutes fins pratiques informelles avec les dirigeants des autres provinces, les autres ordres de gouvernement et les intervenants de la communauté afin de travailler ensemble. Si, par exemple, chaque province s'engageait sérieusement à réduire les disparités en matière de santé sur son territoire, à travailler avec les intervenants fédéraux et ses voisins provinciaux ainsi qu'avec ses collègues des municipalités et des collectivités... Cela prendrait une forme différente dans chaque province, ce qui ne serait pas grave tant que l'engagement demeure sérieux. Ensuite, les fonctionnaires des diverses provinces doivent trouver des mécanismes de coordination. Encore là, il existe divers comités et groupes de travail FPT qui pourraient prendre le dossier en main s'ils avaient la orientation politique de la part des dirigeants, s'ils avaient le message que la santé publique et les déterminants sociaux sont une priorité.

Personne ne peut l'exiger. Cependant, on peut apprendre de l'Angleterre et des autres pays, qui avaient établi des objectifs pour chaque domaine. On avait des objectifs pour la garde d'enfants et pour l'emploi, et lorsqu'on descendait au niveau municipal et local, tout le monde avait des objectifs, faisait un suivi et rendait des comptes. Si les divers paliers de gouvernement ont été capables de prendre ces engagements et de bâtir sur des mécanismes existants ou d'en créer d'autres pour la coordination, je crois que c'est possible. Comme le suggère le modèle, on doit recommander avec insistance que chaque province s'aligne sur une vision et promette de ne pas réduire certains objectifs.

**Ms. Scott:** The other feature about the British example is that when they established targets for the different departments they renegotiated the employment contracts with the deputies of those departments and integrated them in performance measures into those contracts. That has been a very powerful impetus. They ran it through finance, which was another thing that was important about the British model, but they made it real to the participating departments by writing it into the employment contracts of their chief administrators.

The other piece that was interesting, and I know this from the poverty work in England, is they made a huge investment in data. They developed a deprivation measure. They report deprivation indices for 32,000 geographic units in the U.K. It is unbelievable in terms of what has been done to build this infrastructure. It takes on a bit of a life of its own. It is now wholly electronic, on the web. Communities can access their profiles on an annual basis, and communities mobilize around it. Realtors use it. It is an extraordinary thing. It has made very concrete and real that "I live in Sandy Hill," or whatever community you are working with, the characteristics of those communities, and it helps tell the story of communities, whereas data seems like one of the academic "out there" situations. Through the British initiative, they have made it real to local communities and made it accessible. For example, a small business owner in Toronto or Calgary could use this data to understand the local area, the community in which they operate. They can also track and see the disparity. They work. That generates more interest and action. It has been a fascinating way and an important component of the British model. The accountability starts percolating up and becomes concrete and real and helps create that passion.

**The Chair:** We have been successful in getting the government to pump a huge amount of money into information technology. The people on the ground and the people with their fingers in the computers think they will have electronic records for 50 per cent of Canadians in two years. That means that this part of this diagram is wired from the electronic record.

The next thing that has to be wired is across here, but we already have the health care delivery sector wired because we have enough people wired that we can get meaningful data in longitudinal studies and so forth.

Some of the other stuff will be wired from medical records. The connectivity that has to come is here across in the social determinants, but, again, the electronic pundits do not think it is that big a problem.

**Ms. Clement:** The wiring challenge is to move from individual data to obtaining community data that is as strong. We have wonderful community data, but it is not consistent and it is not coherent. We have an early child development index from certain

**Mme Scott :** L'autre point à souligner au sujet de l'exemple britannique, c'est que lorsqu'ils ont établi des objectifs pour les différents services, ils ont renégocié les contrats de travail avec les cadres de ces organismes et ils ont intégré les objectifs aux mesures de rendement dans les contrats. Cela a été un incitatif très puissant. Ils ont obtenu l'accord des finances, ce qui est un autre point important du modèle britannique, mais cela s'est concrétisé aux yeux des services participants lorsque les mesures incitatives ont été inscrites dans les contrats de travail de leurs principaux administrateurs.

Un autre point intéressant, que j'ai appris en regardant ce qui se fait pour lutter contre la pauvreté en Angleterre, c'est qu'ils ont investi énormément dans les données. Ils ont élaboré une façon de mesurer la privation. Ils publient des indices de privation pour 32 000 unités géographiques au sein du Royaume-Uni. C'est incroyable tout ce qu'ils ont fait pour bâtir cette infrastructure. Elle vit un peu par elle-même. Elle est maintenant complètement électronique, sur le Web. Les collectivités peuvent accéder à leur profil sur une base annuelle, et se mobiliser en conséquence. Les agents immobiliers l'utilisent. C'est un outil extraordinaire. Le fait de dire : « Je vis à Sandy Hill » ou dans n'importe quelle autre collectivité avec laquelle on travaille, s'appuie sur des caractéristiques très concrètes et réelles qui permettent de raconter l'histoire de ces collectivités, alors que d'autres données peuvent nous sembler académiques et abstraites. Grâce à l'initiative britannique, ces données sont concrètes et accessibles aux collectivités locales. Par exemple, le propriétaire d'une petite entreprise de Toronto ou de Calgary pourrait utiliser ces données pour mieux comprendre sa région et la collectivité où il mène ses activités. Ils peuvent aussi surveiller les disparités et prendre conscience de leur existence. Cet outil fonctionne. Cela génère plus d'intérêt et une plus grande activité. Cette méthode est fascinante et elle constitue une composante importante du modèle britannique. Ce genre de comptabilisation a de l'impact aux plus hauts niveaux, devient concrète et réelle, et contribue à créer cette passion.

**Le président :** Nous avons réussi à convaincre le gouvernement d'injecter beaucoup d'argent dans la technologie de l'information. Les gens sur le terrain ainsi que les gens de l'informatique croient qu'ils auront des dossiers électroniques pour la moitié des Canadiens d'ici deux ans. Cela signifie que cette partie du plan est branchée sur les dossiers électroniques.

Ensuite, nous devons brancher ce qui se trouve ici, mais le secteur de la prestation des soins de santé est déjà connecté parce que suffisamment de gens sont branchés pour nous permettre d'extraire des données pertinentes dans les recherches longitudinales et autres.

Il y aura d'autres connexions à partir des dossiers médicaux. La connectivité qui doit se faire ici doit être dans les déterminants sociaux, mais encore une fois, nos spécialistes de l'électronique ne croient pas que cela constitue un gros problème.

**Mme Clement :** Le défi ici est de passer de données individuelles à des données collectives qui soient d'autant meilleure qualité. Les données qui nous proviennent des collectivités sont fantastiques, mais il n'y a pas de constance ni de cohérence.

provinces and not others. When we try to do health status reports that include all of the determinants, we can only do them in a smaller number of locations rather than the larger number of locations.

You can add your voice to the individual data as well to ensure that we amplify and deepen some of the medical record data. In Ontario, for instance, we are having a debate because we have a new 18-month screen for children that coincides with the last immunization. The electronic record simply says, "Have you done it?" It can be ticked off if they just immunized, but we are trying to do a deepening of social screening and there is no difference in the electronic record yet.

**Senator Eaton:** This question is to you principally, Ms. Clement, but others please feel to comment.

I am interested in the grassroots. It will be largely a federal initiative from the top down and meeting, hopefully. You are talking about your tobacco campaigns as being very successful. With population health, we have to deal with several factors. Once the report comes out and it states goals and perhaps targets, if you were to start an awareness program, how much can you give the public to absorb? Do you start with one, say, obesity, or preventative early childhood health care? How do you begin? How long does it take the public to begin to absorb the information and how much can you give them at once?

**Ms. Clement:** The community educational challenge about population health is to help build the concept of community well-being and that community well-being is associated with individual well-being; and that it varies depending where you live, what your family education was and so forth. Many Canadians still have the concept that genetics are associated with health. You know this, the narrow view of health.

One of the first educational pieces is to help them understand that breadth because then the willingness to see dollars go into affordable housing becomes different. The willingness to see income adjustment policy becomes different. There are ways to do the obesity work or the lifestyle piece that includes an equity component.

Our largest program at Health Nexus is about early child development, preconception to preschool, and we integrate equity and determinants issues into almost every aspect of that work. It is very unusual for community health promotion campaigns or work to include those. You will find very little of those in obesity work. The obesity work will be mostly about individual eating and exercise, not enough about access to food, recreation and built environment.

Certaines provinces nous fournissent des indices de développement de la petite enfance tandis que d'autres ne le font pas. Lorsqu'on tente de produire des rapports sur l'état de la santé qui incluent tous les déterminants, on ne peut les faire que pour un petit nombre d'endroits.

On peut également ajouter sa voix aux données individuelles pour s'assurer que l'on développe et approfondit certaines données des dossiers médicaux. Par exemple, en Ontario, il y a un débat qui porte sur un nouveau dépistage de 18 mois pour les enfants et qui coïncide avec la dernière immunisation. Le dossier électronique dit simplement : » L'avez-vous fait? » On peut désélectionner la case si la personne vient juste d'être immunisée, mais nous essayons d'approfondir le profilage social et on ne voit toujours pas de différence dans les dossiers électroniques.

**Sénateur Eaton :** Ma question s'adresse principalement à vous, madame Clement, mais j'invite également les autres à commenter.

Je m'intéresse à ce qui se passe au niveau de la population. Ce sera principalement une initiative fédérale du début à la fin, et qui conviendra, du moins je l'espère. Vous avez parlé des succès de vos campagnes contre le tabac. En santé publique, on doit tenir compte de plusieurs facteurs. Lorsque le rapport est produit et qu'il fixe des buts, et peut-être même des cibles, si vous deviez mettre sur pied un programme de sensibilisation, quelle quantité d'information pourriez-vous donner à absorber au public? Est-ce que vous commenceriez avec un enjeu, par exemple l'obésité, ou les soins de santé préventifs pour la petite enfance? Par où commenceriez-vous? Après combien de temps le public peut-il commencer à absorber l'information et quelle quantité d'information pouvez-vous lui donner d'un seul coup?

**Mme Clement :** Le défi relatif à l'éducation communautaire en matière de santé publique consiste à mieux faire connaître le concept de bien-être communautaire et à faire comprendre que le bien-être communautaire est associé au bien-être individuel; et que cela varie selon l'endroit où vous vivez, l'éducation familiale et ainsi de suite. De nombreux Canadiens croient toujours qu'il n'y a que l'aspect de la génétique qui soit associé à la santé. Vous comprenez ce que je veux dire, une vision très étroite de la santé.

L'un des premiers points concernant l'éducation est d'aider les gens à comprendre l'ampleur de la question parce qu'ensuite, ils ont une perception différente du financement dans le domaine logement abordable. Ils voient aussi les politiques d'ajustement du revenu différemment. Il y a moyen de d'agir sur l'obésité et le style de vie et d'inclure des composantes d'équité.

Notre principal programme à Nexus Santé concerne le développement de la petite enfance, de la préconception à l'âge préscolaire, et nous intégrons des considérations relatives à l'équité et aux déterminants dans presque tous les aspects de notre travail. Il est assez particulier que l'on inclue ces éléments dans les campagnes ou les activités de promotion de la santé communautaire. On en voit très peu dans les stratégies concernant l'obésité. Elles portent surtout sur l'alimentation individuelle et l'exercice, mais pas suffisamment sur l'accès à la nourriture, les loisirs et l'environnement bâti.

At the campaign level — and actually at every level — part of the challenge is to coordinate so that part of this piece gives us a frame to help coordinate.

**Mr. Gardner:** It is important in this kind to work to pick issues that are both hot and winnable, or at least that can build some momentum.

You are going to do a fantastic report and it will have many things you want in it, but you know it will not be adopted all at once. How do we move forward?

In the health field, we know that chronic disease prevention and management are important on all kinds of levels, obviously to all of our well-being but also to the sustainability of the system.

Diabetes, for example, is perfect for this kind of lens because its incidence, impact and severity vary tremendously along the social gradient. It is very much influenced by social determinants of health. If the project was to work with health planners to lead to better prevention and management of diabetes, you would inevitably have to be talking to folks in schools, social agencies, ethnocultural organizations and all over the place. It is very concrete because you are not just giving a lecture on diet and another on diabetes, you are saying to folks, and everyone knows this, diabetes is a critical issue — or pick the issue in the community. Whatever the issue is, you pick it in the community and that is the key thing. It will vary by community. Then you build it up and build the stakeholders around it. Inevitably, if we want to be successful, we build a broad tent to bring non-health people together to do this kind of planning. The health system in Canada is tremendous, but it will not solve our health problems because of these wider determinants of health.

It is ground level, step-by-step, but strategic. You are well placed here to think of what those hot issues will be.

**Senator Eaton:** It would be strategy. How do you get them to start eating a little bit instead of the whole?

**Mr. Gardner:** Senator Keon mentioned that the federal government has committed a lot of money and attention to information highways. That is good at all levels. For health, it is critical in the purely medical area of electronic health records. This has tremendous potential for better health care. If you add this stuff at the bottom, all of the sudden you have a good planning tool.

Imagine if you were in a local municipality or planning authority and you knew that people whose first language was Mandarin were not being served in the local hospitals. If you had that kind of real-time data you could work with the

Sur le plan de la campagne — en fait, sur tous les plans —, une partie du défi consiste à coordonner pour qu'une partie de ces éléments puisse produire un cadre qui nous permettre d'y arriver.

**M. Gardner :** Dans ce genre de discussion, il importe de cibler les questions qui sont à la fois d'actualité et permettent de réaliser des gains, ou à tout le moins sur lesquelles on peut bâtir.

Vous aurez besoin de produire un rapport fantastique qui contiendra tous les éléments que vous voulez y inclure, vous savez qu'il ne sera pas adopté sur-le-champ. Alors, que faire?

Dans le domaine de la santé, nous savons que la prévention et la gestion des maladies chroniques revêtent de l'importance à plusieurs égards et, bien évidemment, pour l'ensemble de notre bien-être, mais également pour la viabilité du système.

L'exemple du diabète est parfait dans ce contexte étant donné que ses répercussions, son incidence et sa gravité varient de façon importante selon le gradient social. En fait, le diabète est très influencé par les déterminants sociaux de la santé. Si un tel projet devait être accepté par les planificateurs des services de santé comme un moyen de mieux prévenir et gérer le diabète, vous vous retrouveriez inévitablement à devoir le présenter dans les écoles, auprès des organismes sociaux, des organisations ethnoculturelles, partout. C'est une démarche très concrète parce que non seulement vous devez présenter un exposé sur la diète et un autre sur le diabète; vous dites aux gens ce qu'ils savent tous, le diabète est une maladie grave — vous avez ainsi ciblé une question d'intérêt au sein de la communauté. Quelle que soit la question, vous devez la cibler dans la communauté, c'est la clé du succès. Toutefois, la situation variera selon la communauté. Ensuite, vous devez vous concentrer sur cette question et sensibiliser les intervenants. Pour connaître du succès, il faut forcément rallier à cette cause commune des gens qui ne viennent pas du secteur de la santé et les inciter à mener ce type de planification. Le système de santé au Canada est remarquable, mais il ne résoudra pas nos problèmes de santé ne serait-ce qu'en raison de ces déterminants de la santé beaucoup plus vastes.

Nous devons partir de la base, construire étape par étape, bref faire preuve de stratégie. Vous êtes bien placés pour réfléchir à ce que seront ces questions d'actualité.

**Le sénateur Eaton :** Effectivement, il s'agit d'une démarche stratégique. Comment inciter les gens à y aller d'une bouchée à la fois au lieu d'avaler le tout en une seule fois?

**M. Gardner :** Le sénateur Keon mentionne que le gouvernement fédéral a consacré beaucoup d'argent et d'attention à l'autoroute de l'information. Une bonne chose, et ce, à tous les niveaux. Dans le domaine de la santé, ce véhicule est essentiel ne serait-ce que du point de vue des dossiers médicaux électroniques. En fait, l'autoroute de l'information offre un potentiel immense pour l'amélioration des soins de santé. Si vous ajoutez cela à la base, soudainement vous vous retrouvez avec un bon outil de planification.

Imaginez un instant que vous travaillez dans une municipalité ou un service de planification et que vous apprenez que des personnes dont la langue maternelle est le mandarin ne reçoivent pas de services dans les hôpitaux locaux. Si vous aviez disposé de

Mandarin-speaking community and the hospitals. It may be as simple as having more interpretation services. Probably there has to be more grassroots community work in that particular community, but the advantage of having that kind of data is tremendous. Then you do your programs and you see that next year we had better have more Mandarin folks coming into that hospital and we had better have Mandarin folks' diabetes levels going on. When they do, you have learned how to do a successful program and apply it somewhere else.

**The Chair:** As you know, health, well-being and productivity run parallel. As a matter of fact, Mel Hurtig said to us a few weeks ago that, when it comes to productivity, all roads lead to population health.

We asked the Conference Board of Canada to do a business plan for us, which they did, but the interesting spinoff of that is that some major companies that were involved in this have now introduced a population health agenda in their corporate structure.

Since you have had connectivity in communities, how do you see us selling that at the corporate and at the community level? There is a tremendous payoff for you here.

**Mr. Gardner:** Each of us has been involved with the Conference Board projects, and that is one way to do it. They are well placed to make the business case to other business leaders.

We can also look at other jurisdictions. There are always carrots and sticks in public policy. In Germany, the requirements in the fairly complicated health insurance schemes are that quite a small proportion of the spending on health insurance goes towards health promotion and community-based health promotion.

When I say quite a small proportion, I mean pennies, but that adds up to a huge amount of money. That money is funnelled into community ground level work that can be path-breaking. From your vantage point and that of the government, there could be a decision that "X" percentage of Ministry of Health funds, or in Ontario we have a Ministry of Health Promotion, or social services or finance, wherever it may come, will go to population health-driven types of initiatives. I would imagine that a relatively small proportion, quite a liveable proportion in budget terms, would make an enormous difference on the ground and then, as you have been saying, you partner off with community people.

To go back to Ms. Clement's example of Saskatoon, when communities are themselves involved in talking about the issue of particular neighbourhoods and particular types of people in our

ces données en temps réel vous auriez pu collaborer avec la communauté qui parle le mandarin et les hôpitaux. La solution peut être aussi simple que de pouvoir compter sur davantage de services d'interprétation. Il y a probablement plus de travail communautaire de base à faire auprès de cette communauté particulière, toutefois, l'avantage de disposer de ce type de données est inimaginable. Puis, vous mettez de l'avant votre programme et, l'année suivante, vous constatez que vous avez intérêt à ce que plus de gens parlant le mandarin fréquentent cet hôpital pour assurer un meilleur suivi du diabète de ces personnes. En bout de ligne, vous avez appris comment mettre sur pied un programme qui connaît du succès et que vous pouvez mettre en oeuvre ailleurs.

**Le président :** Comme vous le savez, la santé et le bien-être évoluent de pair avec la productivité. En fait, il y a quelques semaines, M. Mel Hurtig nous a affirmé que, lorsque l'on parle de productivité, tous les chemins mènent à la santé de la population.

Nous avons demandé au Conference Board du Canada de nous concocter un plan d'activités, ce qu'ils ont fait, mais la conséquence indirecte la plus intéressante de cette démarche est que certaines grandes compagnies qui y ont participé ont maintenant inscrit à leur structure d'entreprise un programme de santé de la population.

Étant donné que vous avez déjà établi des liens dans les communautés, comment croyez-vous que nous pouvons mettre ce concept en valeur au niveau des entreprises et des communautés? Il y a là une ouverture importante pour vous.

**M. Gardner :** Chacun et chacune d'entre nous avons déjà participé à des projets du Conference Board et, pour nous, c'est une façon d'y arriver. Le Conference Board est bien placé pour vendre une idée aux autres chefs d'entreprise.

Nous pouvons également regarder ce que font d'autres gouvernements. En fait, dans le domaine des politiques publiques, il y a toujours la carotte et le bâton. En Allemagne, par exemple, les exigences à l'égard du régime d'assurance-santé sont relativement compliquées en ce sens que seule une petite partie des dépenses à ce chapitre est consacrée à la promotion de la santé et à la promotion de la santé dans les communautés.

Et lorsque je dis une petite partie, je veux dire quelques sous, qui viennent s'ajouter à de grosses sommes d'argent. Ces fonds sont canalisés vers un travail communautaire de base qui peut être considéré novateur. Selon votre perspective et celle du gouvernement, on pourrait décider qu'un pourcentage « X » des fonds du ministère de la Santé ou d'une autre source comme en Ontario, où il y a un ministère de la Promotion de la santé, ou encore des Services sociaux ou des Finances, sera consacré à des initiatives axées sur la santé de la population. Je peux imaginer facilement qu'une petite partie, en fait, une partie plutôt intéressante du budget pourrait faire une énorme différence sur le terrain et, comme vous l'avez dit, vous permettrait d'établir un partenariat avec la communauté.

Pour revenir à l'exemple de Saskatoon soulevé par Mme Clement, où des communautés se sont retrouvées à discuter de quartiers particuliers et de types particuliers de gens

communities who have such lower standards of care or such poor health, then they get together and start to think about how to do something about it.

**Ms. Scott:** The model that comes to my mind is the training scheme in Quebec, where a portion of monies are set aside. The commitment is made for employers to invest in training and for those who either have small workplaces or do not, they are taxed a small amount to contribute to a global fund that underwrites workplace training.

Canada has low levels of private sector investment in training. This was an effort by the Quebec government to try to turn that around and, again, it is the same type of model; creating a social pool to underwrite a common public good that will be of benefit to a large number of citizens. This is in a similar sense what you are talking about.

Coming from the social development sector, is that we drift into campaign. There is something about population health that all of a sudden you are talking about eating well, there is an obesity campaign, we are in Saskatoon or this community, how will we do better outreach? All of a sudden, we are in social marketing. I believe that is because we have an extraordinary history in Canada — a 30-year-old history in Canada — right back to ParticipACTION. The frame in population health is around campaigns and personal behaviour. What struck me reading your report, certainly at the end, is that tension about getting out of that box.

Coming back to Senator Eaton's question about what type of strategic choices do you want to make; diabetes is probably a good one because it is not obesity. It is not something that people fundamentally believe is an individual responsibility.

How do you make those choices? If you came out with another healthy eating campaign as where to start, I think you would have nailed the coffin on the report and said this is not going anywhere because it does not stretch people to think about the system issue.

If you came out and said that you think this new money set aside for population health absolutely has to go into affordable housing that would do it. If you said we have absolutely impoverished income security programs for working-age Canadians. The structure of our EI program right now is a disaster. If you said we need population health, we need money to support Employment Insurance, that would be because it is fundamental to the population health of our country, based on our research, which would be an extraordinary statement.

dont les normes de soins sont peu élevées ou dont la santé est si mauvaise qu'elles ont décidé de se prendre en main et de réfléchir à une façon de corriger la situation.

**Mme Scott :** Le modèle qui me vient à l'esprit est celui de la formation au Québec, un modèle où une partie des fonds sont réservés à cette fin. En fait, il y a engagement de la part des employeurs à investir dans la formation et, dans le cas des employeurs ayant une petite entreprise ou des travailleurs autonomes, ils doivent verser, sous forme de taxe, une petite somme à un fonds global qui sert à financer la formation en milieu de travail.

Au Canada, l'investissement du secteur privé en formation est faible. Le gouvernement du Québec a déployé certains efforts afin de renverser la vapeur et, encore une fois, il a eu recours au même type de modèle, à savoir créer un fonds social pour financer un bien public commun devant profiter à un grand nombre de citoyens. Dans un sens, cela ressemble à l'idée que vous avez soulevée.

Venant du secteur du développement social, j'ai l'impression que nous nous engageons dans une campagne. Lorsqu'il est question de la santé de la population, on se met soudainement à parler de saine alimentation, de campagne contre l'obésité, que nous soyons à Saskatoon ou dans une communauté donnée, comment peut-on sensibiliser davantage le public? Et voilà, nous nous retrouvons à faire du marketing social. Tout cela nous ramène directement à une extraordinaire histoire qui dure depuis 30 ans au Canada, celle de ParticipACTION. En matière de santé des populations, tout tourne autour de campagnes et de comportement personnel. Ce qui m'a frappé dans votre rapport, en tout cas à la fin, c'est la tension que crée l'idée de sortir des sentiers battus.

Mais revenons à la question du sénateur Eaton quant aux choix stratégiques que vous voulez faire. Le diabète est probablement un meilleur choix que l'obésité puisque dans ce dernier cas, les gens estiment que c'est essentiellement une responsabilité personnelle.

Comment faire ces choix? Si, comme point de départ, vous aviez concocté une autre campagne sur la saine alimentation, je crois que cela aurait bel et bien mis un terme au rapport et confirmé que cette démarche ne va nulle part parce qu'elle n'incite pas les gens à s'interroger sur le système.

Si, par ailleurs, vous aviez affirmé qu'à votre avis, les nouveaux fonds réservés à la santé de la population devaient absolument être consacrés au logement abordable, cela aurait suffi. Vous auriez pu également dire que nos programmes de sécurité du revenu pour les Canadiens en âge de travailler sont tout à fait épuisés. Pour tout dire, la structure de notre programme d'assurance-emploi est un désastre. Si, en se fondant sur nos travaux de recherche, vous dites que nous avons besoin d'une population en santé, que nous avons besoin d'argent pour appuyer l'assurance-emploi, que c'est un élément essentiel à la santé de la population de notre pays, là, ce serait une déclaration stratégique extraordinaire.

I am not necessarily making that recommendation, there are many other things, but I do think that picking an issue that forces people to think system and not the individual will be really critical to the success of promoting your message as well as the efficacy of your initiative down the road.

**Senator Eaton:** When you are talking about breaking out of the box and I look at housing as one of the social determinants of health I think, and am I right, Senator Eggleton, they are rebuilding Regent's Park from the ground up. Was population health taken into account when they decided to rebuild that area?

**Ms. Clement:** Yes; absolutely. It is an exciting initiative and it broad social policies, community population, population health kind of issues were considered.

**Senator Eaton:** Could that be used as a model, as an awareness to other communities across Canada?

**Ms. Clement:** Yes; absolutely. In Regent's Park, they have set up a temporary organization simply to support coordination, communication and engagement. The redesign is to try and say how we are helping our physical environment; how are we helping our early childhood development; how do we have the school embedded right inside; what are the working employment supports that we need within the community; how do you support it multiculturally. You can go right across the list. They have dealt with it all. It is very exciting.

**Senator Eaton:** That could part of an awareness program as well.

**Ms. Clement:** Yes.

**Senator Eggleton:** What did you say about the British model? That model worked because it had political will, firm priority and commitment from the top two people in that government. That is an extraordinary combination. Even if you can get it in one government, governments change. Even within the same party when governments change you get a different sense of priorities and political wills. I like what Ms. Scott said about employment contracts. We say mandate letters around here, but either one will do.

I am sorry; I caught part of one presentation and missed both the other two presentations. We have emergency meetings crop up around here and in fact I have another one I have to go to in a minute.

However, I did get a chance to read this summary report entitled, *Funding Matters: The Impact of Canada's New Funding Regime on Nonprofit and Voluntary Organizations*. I noted that it was published in 2003, so I was wondering what was new but then I see in your presentation today that you have said revenues have been climbing again but core funding is still the same old issue. This is key to it, too.

Je n'avance pas nécessairement cette recommandation; il y a bien d'autres recommandations à faire. Toutefois, j'estime que cerner un problème qui force les gens à réfléchir au système et non à l'individu constituera vraiment la clé du succès de votre message et garantira l'efficacité de votre initiative dans les années à venir.

**Le sénateur Eaton :** Quand vous parlez de sortir du cadre, et que je considère le logement comme l'un des déterminants sociaux de la santé, je pense — ai-je raison, sénateur Eggleton? — à la reconstruction complète de Regent Park. A-t-on tenu compte de la santé de la population lorsqu'on a décidé de rebâtir ce secteur?

**Mme Clement :** Oui, absolument. C'est une initiative stimulante pour laquelle on a examiné des politiques sociales générales et des questions liées à la population de la communauté et à la santé.

**Le sénateur Eaton :** Est-ce que ce cas pourrait servir de modèle pour sensibiliser d'autres communautés ailleurs au Canada?

**Mme Clement :** Oui, absolument. À Regent Park, on a créé une organisation temporaire qui vise simplement à soutenir la coordination, la communication et l'engagement. Ce projet de revitalisation vise à montrer comment nous pouvons contribuer à la préservation de l'environnement physique; contribuer au développement des jeunes enfants; intégrer l'école directement dans la communauté; soutenir la communauté par des mesures d'aide à l'emploi et en tenant compte de sa diversité culturelle. Rien n'a été négligé. Ils ont tenu compte de tous ces points. C'est très emballant.

**Le sénateur Eaton :** On pourrait aussi l'intégrer à un programme de sensibilisation.

**Mme Clement :** Oui.

**Le sénateur Eggleton :** Qu'avez-vous dit à propos du modèle anglais? Ce modèle fonctionnait à cause d'un ensemble de facteurs : une volonté politique, une priorité ferme et l'engagement des deux personnes les plus influentes au gouvernement. C'est une combinaison extraordinaire. Même si elle se retrouve dans un gouvernement, les gouvernements changent. Et encore, même au sein d'un parti, les priorités et les volontés politiques peuvent changer aussi. J'aime bien ce que Mme Scott a dit à propos des contrats de travail. Nous parlons plutôt de lettres de mandat ici, mais c'est blanc bonnet et bonnet blanc.

Je suis désolé; j'ai entendu une partie d'un exposé et j'ai raté les deux autres. Vous savez, nous avons des réunions d'urgence à tout bout de champ; j'en ai justement une autre tout à l'heure.

Toutefois, j'ai eu l'occasion de lire le rapport sommaire intitulé *Le financement, ça compte : l'impact du nouveau régime de financement au Canada sur les organismes bénévoles et communautaires à but non lucratif*. J'ai remarqué qu'il datait de 2003, alors je me suis demandé ce qu'il y avait de nouveau avant de m'apercevoir que dans votre déclaration d'aujourd'hui, vous avez dit que les revenus ont recommencé à augmenter, mais que c'est encore et toujours le financement de base qui pose problème. C'est en fait l'élément clé.

We are talking about the federal government or the governments in total being a key part of this and the need for political will. There is the need for horizontal links et cetera, but much of this policy has to come from the ground up and it has to be delivered by organizations at the ground level. These organizations include volunteer organizations and many not-for-profit organizations that are working in our communities. That brings me back to this report.

I understand that the Treasury Board Secretariat is into a three-year study. They are consulting with stakeholders with respect to transfer payment policy, which includes a wide range of organizations but would include these kinds of organizations, the not-for-profits and community groups.

How is that coming? Is that going to start to address this core funding issue? What is the way to get around this thing because I recognize there has to be accountability about this core funding, about administration. There has to be efficiency, effectiveness in how it is used, but we could not ignore it because organizations going from pillar to post, from one funding project to another funding project, having to shape the project in accordance with the government plan is no way to operate an organization.

How do you see this process going? For a community organization to be able to get into the population health thing, what kind of improvements do we need?

**Ms. Scott:** The current Treasury Board process is, as you mentioned, ongoing. They are doing outreach and consultations. I set this in the context of having been involved in these consultations for upwards of 10 years now and there is a certain level of fatigue I would say in the community sector.

Treasury Board is looking at this transfer payment policy and looking at the idea of having service directives that will be instituted in departments like Health Canada. They will be instituted whereby if you submit an application for funding you will not wait for six months and have to lay off all your staff. You can only see how that happens. If there are service standards that the Government of Canada adopts in its funding relationships this will certainly help move the administrative bar and reduce the burden.

Those are positive steps. However, as I had mentioned they steered away from any of the funding piece, the idea that organizations need administrative support. They steered away from the idea of full cost recovery or any of those sorts of things. They are focusing on the technical administrative piece, which is not unimportant but it is a series of first steps.

Nous parlons du fait que le gouvernement fédéral ou l'ensemble des gouvernements jouent un rôle clé dans ce domaine, et du fait qu'il faut une volonté politique. Les liens horizontaux et autres sont nécessaires, mais les fondements de cette politique doivent provenir de la base, et elle doit être mise en application par les organisations sur le terrain. Parmi ces organisations, on compte des organismes bénévoles et de nombreux organismes à but non lucratif qui sont actifs dans nos communautés, ce qui me ramène à ce rapport.

Je comprends que le Secrétariat du Conseil du Trésor a entrepris une étude de trois ans. Il consulte des intervenants sur la politique des paiements de transfert, qui concerne de nombreuses organisations différentes, mais qui pourrait également concerner ce genre d'organisations, les groupes communautaires et à but non lucratif.

Comment avance cette étude? Va-t-elle permettre de s'attaquer au problème du financement de base? Quelle est la façon de régler ce problème? Je suis conscient qu'il faut appliquer les principes de responsabilisation au financement de base et à l'administration. Il faut l'utiliser de manière efficace et rationnelle, mais on ne peut absolument pas l'ignorer parce qu'une organisation qui ne sait plus où donner de la tête, qui passe d'un projet de financement à un autre, qui doit façonner le projet conformément au plan du gouvernement ne peut pas fonctionner.

Comment voyez-vous l'évolution de ce processus? Pour qu'un organisme communautaire puisse prendre des mesures pour la santé de la population, quel genre d'améliorations devons-nous apporter?

**Mme Scott :** Comme vous l'avez dit, le processus dans lequel est actuellement engagé le Conseil du Trésor est en cours. Il mène des activités d'information et des consultations. Je participe à ces consultations depuis plus de dix ans maintenant, et dans ce contexte, on peut dire qu'une certaine lassitude s'est installée dans le secteur communautaire.

Le Conseil du Trésor étudie actuellement la politique sur les paiements de transfert et examine la possibilité de créer des directives de service qui seraient instituées dans des ministères tels que Santé Canada. La mise en œuvre de ces directives éviterait aux organisations qui présentent une demande de financement de devoir attendre six mois avant de recevoir une réponse et de devoir mettre à pied son personnel. Il n'y a qu'à regarder ce qui se passe en ce moment. Si le gouvernement du Canada décide d'adopter des normes de service en matière de financement, cela permettra assurément d'alléger le fardeau administratif et d'améliorer la qualité de l'administration.

Il s'agit là de mesures positives. Toutefois, comme je l'ai dit, elles ne tiennent pas compte de l'aspect financement ni du fait que les organisations ont besoin de soutien administratif. Elles ne tiennent pas compte non plus du principe de recouvrement intégral des coûts, ni des autres idées de ce genre. Elles mettent plutôt l'accent sur le volet technique de l'administration, qui n'est pas sans importance, mais elles n'en demeurent pas moins des mesures préliminaires.

It is good that Treasury Board Secretariat is doing it but how that actually flows out to other departments and then flows down because much of the funding decisions are made in communities in regional offices and so forth. That architecture needs to be addressed. However, it is positive that the government is taking certain steps and much more must be done on that score.

That is why I am pointing to evidence of other philanthropic funders that are looking at re-forging the relationships and trying to create that traction.

I appreciate there is only so much the federal government can do. There are only so many organizations it is in touch with. That is what makes it interesting. Through the homelessness initiatives — Supporting Communities Partnership Initiative, SCPI, and the like, and the Urban Aboriginal Strategy, UAS, — there are some interesting models that the federal government has developed to do that direct linkage with the community sector. Those models include respectful funding relationships and more meaningful engagement in the process. That is the other thing, if you undercut funding in the relationship, you are actually debilitating the ability of community groups to plan and be engaged in your policy development. You are cutting the plant in half, in a sense.

What the UAS has done has been more successful in having meaningful engagement. There are some models of how to ramp that up, replicate and spread it.

**Senator Cook:** When you talk about structures, have you heard of the Internet-based Community Accounts in Newfoundland and Labrador?

**Ms. Scott:** Yes, it is brilliant. They are doing it in Nova Scotia now, and there are other similar types of initiatives perking up across the country.

**Senator Cook:** They are into New Brunswick now. You would endorse that concept and see it as a working model?

**Ms. Scott:** It is a tremendous model.

**Senator Cook:** The strength of that one — to go back to what Senator Eggleton just said with government accountability — they have enshrined that concept into legislation with accountability at budget time that gives the protection that you could ever hope to have.

**Ms. Scott:** Someone in Twillingate can click on their computer and pull up their community profile, which is an amazing thing. We do not have that in Ontario, I can tell you.

**Senator Cook:** You see it as a workable program?

**Ms. Scott:** Yes, it is excellent. Alton Hollett is a terrific person.

C'est une bonne chose que le Secrétariat du Conseil du Trésor le fasse, mais comment cela s'appliquerait-il dans les autres ministères et sur le terrain, parce que la plupart des décisions concernant le financement se prennent dans la communauté, dans les bureaux régionaux, et ainsi de suite. Il faut établir une structure. Cependant, il est encourageant de voir que le gouvernement a commencé à prendre certaines mesures, même s'il faut en faire encore plus à cet égard.

C'est pourquoi je souligne le fait que d'autres fondations philanthropiques travaillent actuellement à rebâtir leurs relations afin de créer le mouvement.

Je suis consciente qu'il y a des limites à ce que le gouvernement fédéral peut faire. Il est limité quant au nombre d'organismes avec lesquels il peut avoir des liens. C'est ce qui est si intéressant. Grâce à ses initiatives sur les sans-abri — l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC) et la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain (SAMU) — le gouvernement fédéral a mis au point certains modèles intéressants dans le but d'établir un contact direct avec le secteur communautaire. Ces modèles prévoient notamment des rapports respectueux en matière de financement et un engagement plus significatif par rapport au processus. Mais il y a un revers à la médaille; en réduisant le financement en jeu, vous privez les groupes communautaires de leur capacité à planifier et à participer à l'élaboration de vos politiques. Il faut couper la poire en deux, si l'on peut dire.

La SAMU a permis d'obtenir un grand nombre d'engagements importants. Il existe certains modèles expliquant comment concevoir et reproduire ce genre de programme et en promouvoir l'utilisation.

**Le sénateur Cook :** Parlant de structures, avez-vous entendu parler de Community Accounts, cette base de données en ligne de Terre-Neuve-et-Labrador?

**Mme Scott :** Oui, c'est brillant. Ils font la même chose en Nouvelle-Écosse à l'heure où on se parle, et d'autres initiatives semblables commencent à voir le jour un peu partout au pays.

**Le sénateur Cook :** Ils le font aussi au Nouveau-Brunswick. Seriez-vous prête à appuyer ce concept et à l'utiliser comme modèle de travail?

**Mme Scott :** C'est un modèle extraordinaire.

**Le sénateur Cook :** L'avantage de celui-ci — pour revenir à ce que le sénateur Eggleton disait concernant la reddition de comptes au gouvernement —, c'est que le concept est défini dans la législation et que celle-ci prévoit la reddition de comptes au moment du budget, ce qui vous donne une protection que vous n'auriez jamais pensé avoir.

**Mme Scott :** Quelqu'un qui se trouve à Twillingate peut cliquer à l'écran et consulter son profil communautaire, ce qui est incroyable. Nous n'avons pas ça en Ontario, je peux vous le dire.

**Le sénateur Cook :** Vous pensez que ce programme est réalisable?

**Mme Scott :** Oui, il est excellent. Alton Hollett est une personne formidable.

**The Chair:** We are convinced as well. He will be part of our armamentarium.

**Senator Cook:** It helps to get an endorsement.

**Ms. Clement:** In your model, the one thing that I would like you to think about adding is that not everyone goes from school into work life. Therefore, even though everything somehow is community, I think there is a nice space here where you could place community life; that sense of both neighbourhood life, but also communities of interest.

**The Chair:** Thank you.

**Ms. Clement:** It would just deepen and not change it.

**The Chair:** Thank you very much.

**Mr. Gardner:** I would also like to add a friendly amendment, as we say here. What I think would be worth doing to the whole model is to explicitly state that one of your goals is to reduce the gaps in health and well-being across the spectrum. You are about not just improving overall health through this kind of tremendous framework, but reducing the gradients.

**The Chair:** Thank you. Those are two very good points.

(The committee adjourned.)

**Le président :** C'est aussi ce que nous croyons. Il serait un atout pour nous.

**Le sénateur Cook :** Ça aide quand on peut avoir l'appui de quelqu'un.

**Mme Clement :** Concernant votre modèle, une des choses qu'il faudrait peut-être penser à ajouter, c'est que ce n'est pas tout le monde qui passe de l'école au marché du travail. Par conséquent, même si tout se rapporte à la communauté d'une manière ou d'une autre, je crois qu'il y a de la place pour la vie communautaire, pour ce qu'on appelle la vie de quartier, mais aussi pour les communautés d'intérêts.

**Le président :** Merci.

**Mme Clement :** Je voudrais simplement approfondir mais sans rien changer.

**Le président :** Merci beaucoup.

**M. Gardner :** Je voudrais aussi ajouter un amendement amical, comme nous disons ici entre nous. Je crois qu'il vaudrait la peine d'indiquer explicitement que l'un de vos objectifs est de réduire les écarts entre les différents groupes aux niveaux de la santé et du bien-être. Ce cadre de travail incroyable permettrait non seulement d'améliorer la santé globale des personnes, mais aussi de réduire les inégalités.

**Le président :** Merci. Vous avez deux très bons points.

(La séance est levée.)

OTTAWA, Wednesday, March 25, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:06 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health (topic: population health policy for Aboriginal peoples).

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[English]

**The Chair:** Honourable senators, we are pleased to have three wonderful witnesses today. You will notice that we have a photographer in the room. I trust it is all right with honourable senators that he does some photographing while we conduct the hearing.

We will begin today with Bob Watts, chief executive officer from the Assembly of First Nations (AFN), who is here in place of Chief Fontaine.

**Bob Watts, Chief Executive Officer, Assembly of First Nations:** Thank you for the opportunity to contribute to your study. I want to extend greetings from National Chief Fontaine and the executive of the Assembly of First Nations.

OTTAWA, le mercredi 25 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, afin d'étudier l'incidence des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé (sujet : politique en matière de santé des populations pour les peuples autochtones) et d'en faire rapport.

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Chers collègues, nous accueillons aujourd'hui trois témoins formidables. Vous remarquerez qu'il y a un photographe dans la salle. J'espère qu'il ne vous dérangera pas lorsqu'il prendra des photographies pendant la séance.

Nous commencerons aujourd'hui par entendre M. Bob Watts, directeur exécutif de l'Assemblée des Premières Nations (APN), qui remplace le chef Fontaine.

**Bob Watts, directeur exécutif, Assemblée des Premières Nations :** Merci de nous avoir permis de contribuer à votre étude. Je vous salue également de la part du chef national Fontaine ainsi que du conseil d'administration de l'Assemblée des Premières Nations.

After two years of study, your subcommittee knows the well-documented health disparities which persist between First Nations and others in Canada. Reducing these disparities will require a profound change in the government's approach to developing and implementing public policy. I would like to highlight some steps we must take to develop an effective population health approach strategy for First Nations.

Many of the questions you invited me to answer today were addressed during the first 18 months of consultations which led to the first ministers' meeting in Kelowna, B.C., in 2005. The Kelowna Accord was a comprehensive 10-year plan developed in partnership with First Nations, and supported by provincial, territorial and federal governments, which aimed at closing the gaps between First Nations and other Canadians. The Kelowna Accord should be viewed as a starting point for establishing a population health approach for First Nations. Many of the recommendations I am about to make come from that accord.

The AFN requests that the Senate recommend actions that will address the real health needs of First Nations. First, we ask the Senate to recommend that health programs and services for First Nations receive the escalator clause that provinces and territories receive. Through the Canada health and social transfer, funding increases are based on cost of living, at about 7 per cent to 9 per cent annually. First Nations health programs and services do not benefit from this escalator clause and only receive 2 per cent to 3 per cent increases annually — funding is capped. This simply is not enough to cover the real costs of health. In some communities, salaries for health employees have been capped for a decade, which has grave implications for retention and recruitment. Despite the welcome contribution to First Nations infrastructure in the recent stimulus package, we still will not be able to meet the needs of First Nations communities with this relatively small increase.

If First Nations had received an escalator clause comparable to the provinces, we would have seen at least \$14.5 billion in additional funding in the last decade to cover the cost-of-living increases. We can find no evidence or rationale that warrants First Nations receiving less for equitable programs and services than other Canadians. We request that the Senate make this recommendation for equitable health funding and annual increases for First Nations communities starting in fiscal year 2011, including funding to address the real needs in infrastructure backlog.

You know as well as I that a social determinants of health perspective, or 'whole' approaches to population health, means that the factors relating to health are not solely within the realm

Fort de son étude de deux ans, le sous-comité connaît déjà les écarts bien documentés en matière de santé qui persistent entre les Premières nations et les autres Canadiens. Le gouvernement devra modifier de façon considérable son approche à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique publique afin de réduire ces écarts. J'aimerais souligner certaines étapes qui seront nécessaires pour élaborer une stratégie efficace en matière de santé à l'intention des Premières nations.

Bon nombre des questions auxquelles vous m'avez demandé de répondre aujourd'hui ont été posées pendant les 18 premiers mois de consultations qui ont précédé la rencontre des premiers ministres à Kelowna, en Colombie-Britannique, en 2005. L'Accord de Kelowna était un plan d'envergure échelonné sur 10 ans, conçu en partenariat avec les Premières nations avec l'aval du gouvernement fédéral et des provinces et territoires, qui visait à réduire l'écart entre les Premières nations et les autres Canadiens. L'Accord de Kelowna devrait être perçu comme un tremplin pour une nouvelle approche en matière de santé des Premières nations. Bon nombre des recommandations que j'avancerai découlent de cet accord.

L'APN demande au Sénat de recommander des mesures qui répondront aux véritables besoins des Premières nations en matière de santé. Tout d'abord, nous demandons au Sénat de recommander que les programmes et services en matière de santé destinés aux Premières nations fassent l'objet de la même clause d'indexation que celle dont bénéficient les provinces et territoires. Les paiements de transfert pour la santé et les services sociaux du Canada sont majorés en fonction du coût de la vie, ce qui se traduit par une augmentation annuelle de 7 à 9 p. 100. Les programmes et services en matière de santé destinés aux Premières nations ne font pas l'objet de cette clause d'indexation et le financement est plafonné, ce qui donne lieu à des hausses de 2 à 3 p. 100 annuellement. Or, les montants sont tout simplement insuffisants compte tenu des coûts réels. Dans certaines collectivités, les salaires du personnel soignant n'ont pas été augmentés depuis 10 ans, ce qui rend très difficile le maintien en poste et le recrutement des effectifs. Nous nous réjouissons bien sûr des crédits accordés aux Premières nations pour les travaux d'infrastructure prévus dans le plan de relance économique, mais cette augmentation relativement modeste ne suffira pas pour répondre aux besoins de nos collectivités.

Si les Premières nations avaient bénéficié d'une clause d'indexation semblable à celle dont jouissent les provinces, nous aurions reçu au moins 14,5 milliards de dollars en crédits supplémentaires pendant les dix dernières années pour tenir compte de l'augmentation du coût de la vie. Nous ne trouvons aucune justification qui explique pourquoi les Premières nations reçoivent moins que d'autres Canadiens pour des services et programmes équivalents. Nous demandons au Sénat de recommander un financement et des augmentations annuelles équitables pour les collectivités des Premières nations à partir de l'exercice commençant en 2011, notamment un financement pour répondre aux réels besoins d'infrastructure.

Vous savez, tout comme moi, que les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire une approche holistique à la santé des populations, ne concernent pas uniquement Santé Canada. Si

of Health Canada. If you find it within your mandate, please also make a recommendation that funding for housing, education and water also benefit from an annual escalator clause. Our children deserve equitable quality of education, water, housing and health, as does any other Canadian child; we are simply asking for equity.

Second, we request that the Senate make a recommendation regarding accountability from organizations which have a mandate to improve the health of First Nations. This is a specific request that I do not make lightly. There is much in Health Canada that is working and is a model for other departments, and I will share those later. However, we have an issue, one on which the Senate has made recommendations in the past, and that is with regard to the Public Health Agency of Canada.

The mandate of the agency includes First Nations as Canadians and we refuse to be excluded. Despite a Senate recommendation for immediate action, I regret to report that little has happened. No programs or services have been implemented in First Nations communities, and the agency has yet to determine how to proceed to include First Nations. This is inexcusable. First Nations public health requires immediate partnership and collaboration between the agency and the First Nations and Inuit health branch to address their critical needs. In the strongest way possible, we request the Senate call the agency to task on this matter. We cannot wait for a public health emergency to occur in a First Nations community. It is in all of our best interests to act now.

I mentioned a moment ago that there is much within Health Canada that is working. I want to commend the First Nations and Inuit health branch for their commitment and action on tripartite initiatives.

The third recommendation is about tripartite. First Nations access health services from both the federal jurisdiction as well as the provinces and territories. Romanow and Kirby both touched on this topic in their commissions. Last year, the national chief had the honour of signing, with the then-minister of health, the policy framework for regional tripartite First Nations health agreements or, in short, the tripartite health policy. This sets out the principles of collaboration between First Nations, provinces, territories and the federal government on shared models of decision-making.

The federal minister of health shared it with provincial and territorial ministers of health. The tripartite policy is based on the following principles: First Nations are an equal partner in decision-making tables for First Nations health funding; shared models of health governance are not duplication but collaboration; and the system itself is a barrier, so the solution

votre mandat vous le permet, nous vous demandons de recommander également que les crédits accordés pour le logement, l'éducation et l'approvisionnement en eau fassent aussi l'objet d'une clause d'indexation annuelle. Nos enfants méritent une éducation, une eau potable, des logements et des services de santé comparables à ceux que reçoivent les autres enfants canadiens. Nous demandons tout simplement l'équité.

Deuxièmement, nous demandons au Sénat de faire une recommandation concernant la responsabilité des organisations mandatées pour améliorer la santé des Premières nations. C'est une demande particulière que je ne fais pas à la légère. Santé Canada réussit à bien des chapitres et sert de modèle à d'autres ministères. J'y reviendrai plus tard. Cependant, il y a un problème qui a déjà fait l'objet de recommandations du Sénat dans le passé et qui concerne l'Agence de la santé publique du Canada.

Le mandat de l'agence comprend les Premières nations à titre de Canadiens, et nous refusons toute exclusion. En dépit d'une recommandation du Sénat exigeant des mesures immédiates, je dois malheureusement vous indiquer que très peu a été fait. Aucun programme ni service n'ont été mis en œuvre à l'intention des collectivités des Premières nations, et l'agence n'a toujours pas pris de décision concernant l'inclusion des Premières nations. C'est inexcusable. La santé publique des Premières nations exige une collaboration et un partenariat immédiats entre l'agence et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en vue de répondre à des besoins critiques. Nous exhortons le Sénat à exiger des comptes de l'agence. N'attendons pas qu'une urgence de santé publique se déclare dans une collectivité des Premières nations. Nous avons tous intérêt à ce que des mesures soient prises immédiatement.

J'ai dit plus tôt que Santé Canada réussit à bien des chapitres. J'aimerais féliciter la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de son engagement et du travail fait au chapitre des initiatives tripartites.

La troisième recommandation concerne les initiatives tripartites. Les Premières nations sont les prestataires de services de santé relevant à la fois de la compétence fédérale et des provinces et territoires. MM. Romanow et Kirby ont tous les deux abordés ce sujet lors de leurs enquêtes. L'année dernière, le chef national a eu l'honneur de signer, en présence du ministre de la Santé d'alors, le cadre stratégique pour des ententes régionales tripartites des Premières nations en matière de santé, soit le cadre tripartite en matière de santé. Le cadre établit les principes pour une collaboration entre les Premières nations, les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral en ce qui concerne les modèles partagés du processus décisionnel.

Le ministre fédéral de la Santé en a fait part à ses homologues provinciaux et territoriaux. Le cadre tripartite est fondé sur les principes suivants : les Premières nations participent à part entière aux tables de négociation où se décide le financement des services de santé qui leur sont offerts; les modèles partagés de gouvernance en matière de santé ne sont pas redondants, mais bien des outils

must be systemic. The B.C. tripartite health plan is an example of this policy and I believe it has great potential.

I request the Senate to make a recommendation that the tripartite policy be the model in which partnerships are developed in First Nations health, and that federal departments responsible for health implement this policy.

I believe there is also a way to use the principles of the policy to move the agenda forward on Jordan's Principle. Since the bill has passed in Parliament, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada have struggled to work together, and children continue to wait for services. I see an application of the tripartite policy on this particular file, as well as other files in which federal departments should simply be collaborating to leverage greater impact with First Nations.

Further, on the issue of tripartite, I also request the Senate to recommend that the existing Aboriginal health transition fund be renewed. This program sunsets in 2010 and currently supports large numbers of community-based tripartite projects in health. To complete the change in the system that we all agree is required, it needs to be renewed. I request the Senate to recommend that the program be extended and doubled in funding. I expect this program will have some of the strongest system-change outcomes in decades.

On the topic of things that are going well, I want to highlight the good work that the First Nations and Inuit health branch are doing in mental health. First Nations are struggling with mental health issues, compounded by the trauma of residential schools. The new health supports program for residential school survivors is providing resources for community-based supports in mental health. We think that the need for mental health supports in communities is about to far outstrip the available resources. Survivors should not be left to struggle on their own to cope and heal with the effects of residential schools. First Nations youth should not be left on their own to struggle with addictions, or the loss of hope and thoughts of suicide. Canada should not leave them behind. We can and should be doing more.

My fifth request to you is about mental health. First Nations request that community resources for mental health be increased to prevent future suicides and support those with painful mental illnesses.

The sixth and final recommendation is about health human resources. One of the lessons we have learned about negotiating tripartite agreements is that the lack of community capacity can be a barrier, but the problem is larger than that. First Nations struggle with a desperate need for qualified health human

de collaboration; le système comme tel fait obstacle, de sorte qu'il faut que les solutions s'y appliquent. Le plan tripartite en matière de santé de la Colombie-Britannique en est un exemple très prometteur.

Je demande au Sénat de recommander que le cadre stratégique tripartite soit le modèle retenu pour l'élaboration de partenariats en matière de santé des Premières nations et que les ministères fédéraux responsables de la santé mettent ce cadre stratégique en pratique.

Je crois également qu'il existe une façon d'utiliser les principes du cadre stratégique afin de faire avancer le dossier du « principe de Jordan ». Depuis l'adoption du projet de loi au Parlement, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord canadien peinent à collaborer, alors que des enfants continuent d'attendre des services. Je crois que le cadre stratégique tripartite devrait s'appliquer à ce dossier particulier ainsi qu'à d'autres dans lesquels les ministères fédéraux devraient tout simplement collaborer davantage afin de mieux aider les Premières nations.

Toujours au chapitre du cadre stratégique tripartite, je demanderais également au Sénat de recommander que le Fonds pour l'adaptation des services de santé soit renouvelé. Ce programme, qui prendra fin en 2010, assure le financement d'un grand nombre de projets communautaires tripartites dans le domaine de la santé. Nous sommes tous d'accord qu'il faut effectuer certains changements dans le système, et à cette fin, il faut renouveler ce fonds. Je demande au Sénat de recommander la reconduction du fonds dont le budget serait doublé. Je m'attends à ce que ce fonds apporte de grands changements au système au cours des prochaines décennies.

Pour parler de choses positives, j'aimerais souligner l'excellent travail de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dans le domaine de la santé mentale. Les Premières nations sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, qui sont aggravés par les traumatismes liés aux pensionnats. Le Programme de soutien en santé — résolution des questions des pensionnats indiens offre des ressources afin que l'on puisse offrir un soutien psychologique dans les collectivités. Nous croyons que les besoins de soutien psychologique dans les collectivités dépasseront largement les ressources disponibles. Les anciens pensionnaires ne devraient pas être livrés à eux-mêmes pour se remettre des mauvais traitements qui leur ont été infligés dans les pensionnats. La jeunesse des Premières nations, confrontée à diverses toxicomanies, au désespoir et au suicide, ne devrait pas être laissée pour compte. Le Canada ne devrait pas leur tourner le dos. Nous devons et nous pouvons en faire plus.

Ma cinquième demande concerne la santé mentale. Les Premières nations demandent que les ressources communautaires pour la santé mentale soient augmentées afin d'empêcher les suicides et d'offrir un soutien aux personnes accablées par des troubles psychologiques.

La sixième et dernière recommandation concerne les ressources humaines dans le secteur de la santé. Lors de la négociation des ententes tripartites, nous avons appris qu'une capacité insuffisante dans les collectivités peut constituer un obstacle, mais le problème est plus étendu. Les Premières nations

resources. Community health plans, suicide prevention and diabetes intervention are all held back by the lack of human resources. The Aboriginal health human resources initiative from Health Canada has made some progress since its inception in 2004, but we have not seen a measurable change in community-based health yet. My request to the Senate is that you make a recommendation to dramatically increase resources to develop and sustain First Nations community-based health human resources.

We need help to get our students through health bachelor's and master's degrees and with continuing education once they are working. Without a sustainable and resourced plan for First Nations health human resources, none of my other requests have the foundation for success. We need to also develop First Nations health leaders and policy-makers, and the AFN has a proposal ready for Health Canada to start a new centre of excellence for health management. This new entity would support health managers, support best practices in shared models of health governance, and build the research base in health management. Please consider showing your support for this initiative.

I have made numerous requests to you on behalf of First Nations — on funding escalators, on public health and the public health agency, on tripartite health, mental health and health human resources. These are key platforms in our drive to close the gaps in health. We have made progress, but I believe that equity is an achievable and necessary goal.

In Canada, June 11 will be the first anniversary of our Parliament's apology to residential school survivors. The apology was not only about acknowledging the past but also about fundamental change. It is time to fundamentally change health systems and achieve real equity. My children and your children deserve nothing less.

**The Chair:** Thank you, Mr. Watts. We will save the questions until the other witnesses speak but I would like to comment that your recommendations are certainly very close to what the committee has been thinking of in the way of recommendations. We are pleased with what you have had to say.

We will next go to Rosemary Cooper, director of executive services for the Inuit Tapiriit Kanatami.

**Rosemary Cooper, Director of Executive Services, Inuit Tapiriit Kanatami:**

[Editor's Note: The witness spoke in her native language]

recherchent désespérément des professionnels de la santé qualifiés. Les plans communautaires pour la santé et les plans de prévention des suicides et d'intervention auprès des diabétiques sont tous retardés par la pénurie de ressources humaines. L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de Santé Canada a permis de réaliser certains progrès depuis sa mise sur pied en 2004, mais nous attendons toujours des changements quantifiables au chapitre des soins communautaires. Je demande au Sénat de recommander une hausse dramatique des ressources nécessaires afin de maintenir et d'augmenter le personnel offrant des soins de santé dans les collectivités des Premières nations.

Nous avons besoin d'aide afin d'accompagner nos étudiants pendant leurs études de premier et de deuxième cycles dans le domaine de la santé et afin de leur offrir des cours de perfectionnement une fois qu'ils travailleront. Aucune de mes autres demandes n'aboutira tant que nous ne disposerons pas d'un plan réaliste doté d'un financement suffisant en vue d'augmenter le personnel capable d'offrir des services de santé aux Premières nations. Nous devons également nous doter de décideurs et de leaders issus des Premières nations dans le domaine de la santé, et l'APN a préparé une proposition à l'intention de Santé Canada en vue de créer un centre d'excellence pour la gestion dans le domaine de la santé. Ce nouveau centre offrirait un soutien aux cadres, appuierait les pratiques exemplaires des modèles partagés de gouvernance de la santé et établirait des bases pour la recherche sur la gestion dans le domaine de la santé. Je vous demanderais de songer à appuyer cette initiative.

Je vous ai fait de nombreuses demandes au nom des Premières nations sur les clauses d'indexation du financement, la santé publique et l'Agence de la santé publique du Canada, les ententes tripartites, la santé mentale et les ressources humaines du secteur de la santé. Ce sont nos revendications clés en vue de réduire les écarts au chapitre de la santé. Nous avons réalisé certains progrès, et je demeure convaincu que l'équité est un objectif réalisable et nécessaire.

Le 11 juin marquera le premier anniversaire des excuses émises par le Parlement du Canada aux anciens pensionnaires. Les excuses n'ont pas seulement reconnu les erreurs du passé, elles ont également laissé entendre de profonds changements. L'heure est venue de changer fondamentalement les systèmes de soins de santé et d'en arriver à une équité réelle. Mes enfants ainsi que les vôtres ne méritent rien de moins.

**Le président :** Merci, monsieur Watts. Nous poserons des questions après que les autres témoins auront fait leurs exposés, mais j'aimerais vous dire que vos recommandations ressemblent beaucoup à celles qu'envisage le comité. Votre exposé nous a beaucoup plu.

Je cède maintenant la parole à Mme Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction du Inuit Tapiriit Kanatami.

**Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction, Inuit Tapiriit Kanatami :**

[Le témoin s'exprime dans une langue autochtone.]

Our president, Mary Simon, sends her regrets. She had prior commitments but she sends her 'hello' to the committee. With me here today is Elizabeth Ford, director of health and environment. I will now begin my presentation.

The Inuit Tapiriit Kanatami represents Canada's Inuit on matters of national concern. There are roughly 53,000 Inuit living in 53 communities. Inuit Nunaat, the term used to describe the homeland of Inuit of Canada, is divided into four regions: the Inuvialuit region, Nunavut, Nunatsiavut and Nunavik. Our Arctic homeland comprises one-third of Canada's land mass and 50 per cent of its shoreline. We are a small number of people stretched across an enormous part of Canada. Inuit Tapiriit Kanatami's primary role is to secure a more equal and equitable place for Inuit within Canada. It is a national voice for the Inuit and addresses issues of vital importance to the preservation of Inuit identity, culture and ways of life.

Our population is young, with 53 per cent under the age of 15. This compares to 18 per cent of the total Canadian population. There are many key public policy challenges facing Inuit as they struggle to improve their standards of living and family and individual well-being. These issues highlight the tremendous gaps in Inuit health status in Canada. It is not responsible for us to continue to report on these gaps unless we are willing to work together on innovative ways to address these issues.

Regarding quality of early life, early childhood experiences have a long-term effect on mental and physical health. High rates of anaemia and respiratory tract infections among Inuit infants are attributed to inequity in prenatal and postnatal nutrition and widespread smoking in crowded homes. Another health problem related to early life of great concern to Inuit communities is fetal alcohol syndrome disorder, or spectrum disorder.

Housing shortages, poor quality of housing and crowding are an urgent public health priority in all Inuit regions. Housing problems have been linked to low achievement at school, spousal abuse, depression, substance abuse and respiratory tract infections. According to a 2006 report, the overall rate of tuberculosis in Inuit communities is 90 times that of the non-Aboriginal Canadian population.

With regard to addictions, substance abuse is another challenge facing Inuit communities. The prevalence of alcohol abuse and smoking in Inuit communities is symptomatic of deeper social economic problems. This underlines socio-economic inequities that result in serious daily stress and unhealthy coping mechanisms. These must be viewed as a fundamental determinant of health.

Notre présidente, Mme Mary Simon, vous salue et présente ses excuses. Elle regrette de ne pas pouvoir comparaître. Je suis accompagnée de Mme Elizabeth Ford, directrice du Service de la santé et de l'environnement. Je vais commencer mon exposé.

L'Inuit Tapiriit Kanatami représente les Inuits du Canada dans les dossiers d'intérêt national. On recense quelque 53 000 Inuits vivant dans 53 collectivités. Inuit Nunaat, c'est-à-dire les terres ancestrales des Inuits du Canada, se divise en quatre régions : la région de l'Inuvialuit et celles du Nunavut, du Nunatsiavut et du Nunavik. Nos terres arctiques recouvrent un tiers du territoire du Canada et 50 p. 100 de son littoral. Nous sommes une petite population répartie sur une région énorme du Canada. Le rôle principal d'Inuit Tapiriit Kanatami est de revendiquer une place plus équitable pour les Inuits au Canada. Nous sommes la voix nationale des Inuits et nous défendons des questions d'importance vitale liées à la préservation de l'identité, de la culture et du mode de vie des Inuits.

Notre population est jeune, puisque 53 p. 100 d'entre nous avons moins de 15 ans. Dans la population canadienne générale, le pourcentage correspondant est de 18 p. 100. Les Inuits sont confrontés à de nombreux défis au chapitre de la politique publique et se battent en vue d'améliorer le niveau de vie et le bien-être des particuliers et des familles. Ces questions soulignent les écarts énormes au chapitre de la santé entre les Inuits et les autres Canadiens. Nous nous acquitterons de notre devoir qui consiste à faire rapport sur ces écarts à condition, cependant, qu'il y ait une collaboration en vue de trouver des moyens novateurs de les combler.

Nous savons que la qualité de la petite enfance a une incidence à long terme sur la santé mentale et physique. L'incidence élevée d'anémie et d'infections respiratoires chez les enfants inuits est attribuable à des carences dans l'alimentation, à la fois avant et après la naissance, ainsi qu'à un tabagisme répandu aggravé par l'exigüité des logements. Le syndrome d'alcoolisation fœtale et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale sont d'autres problèmes de la santé des jeunes enfants qui préoccupent grandement les collectivités inuites.

La pénurie de logements, ainsi que la piètre qualité et l'exigüité de ceux-ci, sont une priorité urgente de la santé publique dans toutes les régions inuites. Les problèmes de logement ont été liés à l'échec scolaire, à la violence familiale, à la dépression, à la toxicomanie et aux infections respiratoires. Selon un rapport de 2006, le taux global de tuberculose dans les collectivités inuites est de 90 fois supérieur à celui de la population canadienne non autochtone.

La toxicomanie est un autre problème auquel sont confrontées les collectivités inuites. La prévalence d'alcoolisme et de tabagisme dans les collectivités inuites est un symptôme de problèmes économiques et sociaux plus profonds et souligne l'inégalité socioéconomique qui donne lieu à des difficultés quotidiennes importantes et à des réactions malsaines pour en venir à bout. Ces réactions doivent être considérées comme étant un déterminant fondamental de la santé.

Acculturation has occurred rapidly for Inuit as they moved from a life on the land to a modern one. Although permanent settlement has had some positive outcomes, the dramatic socio-cultural challenges that Inuit have experienced, and continue to experience, affect their mental, physical, emotional and spiritual health.

Inuit communities have experienced dramatic changes that have challenged the effectiveness of Inuit social support networks. This is evidenced by the high suicide rates in many communities. Family relationships have changed due to changing social conditions and loss of language resulting from close contact with non-Inuit cultures. Some Inuit grandparents and grandchildren have difficulty communicating with each other because of language loss. Relocation and the removal of children to residential schools have had lasting negative impacts arising from the early separation from parents, community, language and culture.

The concept of productivity for Inuit is inclusive of hunting, harvesting, sowing, child rearing, and family and community commitments, as well as paid and voluntary employment.

Income distribution is skewed as a result of marginalization due to poverty. This limits access to education, employment, good housing and nutritional food. Poverty also weighs heavily on mental well-being by lowering self-esteem and increasing dependency. Not only do Inuit find themselves more often than non-Inuit without a job, but those jobs are frequently seasonal or part time. Entry level jobs are more often held by Inuit while management level jobs are dominated by non-Inuit.

Access to education in the Arctic has its challenges. There is a strong need to enhance the infrastructure and curriculum for early childhood development, primary and secondary education, and post-secondary opportunities. Currently, only a quarter of Inuit students graduate whereas only a quarter of students do not graduate in the remainder of the country. That comes from Thomas Berger's report of 2007.

Food security is impacted by several factors that inhibit Inuit access to sufficient quantity and quality of nutritious food. Income level is the most significant barrier. The cost of market food can be two to three times that of market food in the south. Healthy perishable foods are often not edible by the time they reach Inuit communities. Inuit food security includes the harvesting of country foods. Some Inuit are unable to do this because of the high cost of equipment necessary for hunting or the lack of hunting skills.

Inuit have limited access to comprehensive health care services due to geography, program design, program funding, capacity, resources, language and culture. Most Inuit communities have only primary care services, so patients must travel to regional

Les Inuits, qui sont passés d'un mode de vie traditionnel au mode de vie moderne, ont connu une acculturation rapide. La sédentarisation a certes donné quelques résultats positifs, mais les grands défis socioculturels auxquels les Inuits ont été confrontés et continuent de l'être ont une incidence sur leur santé mentale, physique, affective et spirituelle.

Les collectivités inuites ont connu des changements dramatiques qui ont mis à l'épreuve l'efficacité de leurs réseaux de soutien social. On le voit bien par les taux de suicide élevés observés dans de nombreuses collectivités. Les rapports familiaux ont évolué en raison des conditions sociales changeantes et de l'assimilation linguistique attribuables à la proximité de cultures non inuites. Certains grands-parents éprouvent des difficultés à communiquer avec leurs petits-enfants en raison de l'assimilation linguistique. Les déplacements forcés et le placement des enfants dans les pensionnats ont créé des problèmes durables en raison de la rupture précoce d'avec les parents, la collectivité, la langue et la culture.

Aux yeux des Inuits, la productivité comprend la chasse, la récolte, les semis, l'éducation des enfants et les engagements envers la famille et la collectivité, ainsi que le travail bénévole et rémunéré.

La répartition des revenus est inégale à cause de la marginalisation entraînée par la pauvreté. Il devient plus difficile de se scolariser, de trouver un emploi et un logement salubre et de se procurer des aliments sains. La pauvreté exige également un lourd tribut au chapitre de la santé mentale, car elle rabaisse l'estime de soi et augmente les risques de dépendance. Non seulement les Inuits ont davantage de chances d'être au chômage que les non-Inuits, mais de plus, leurs emplois sont plus fréquemment saisonniers ou à temps partiel. Dans la plupart des cas, ce sont les Inuits qui occupent les emplois au bas de l'échelon alors que les non-Inuits dominent dans l'échelon des cadres.

L'accès à l'éducation dans la région arctique relève du défi. Il existe de grands besoins au chapitre de l'infrastructure et des cursus, à la fois au niveau de la petite enfance et des écoles primaires et secondaires. Il faut également accroître les possibilités d'études postsecondaires. À l'heure actuelle, seulement un quart des élèves inuits terminent leurs études secondaires, alors que c'est le phénomène inverse ailleurs au pays. Cette statistique provient du rapport de Thomas Berger publié en 2007.

La sécurité alimentaire dépend de plusieurs facteurs qui limitent la quantité et la qualité des aliments nutritifs. Le revenu est l'obstacle le plus important. Le prix des aliments vendus dans les épiceries peut être de deux à trois fois supérieur à celui qui est exigé dans le Sud du pays. Dans bien des cas, les denrées nutritives et périssables ne sont plus comestibles lorsqu'elles arrivent dans les collectivités inuites. La sécurité alimentaire des Inuits prévoit la chasse et la cueillette. Or, certains Inuits en sont privés en raison du coût élevé des équipements de chasse ou de l'absence de compétences nécessaires.

Les Inuits ne peuvent accéder à la gamme complète des soins de santé en raison de difficultés liées à la géographie, à la conception et au financement des programmes, à la capacité, aux ressources, à la langue et à la culture. La plupart des collectivités inuites ne

centres or southern cities for specialist consultations, operations and childbirth. This standard first line of care is not comparable to the rest of Canada. Nurses, rather than physicians, are the first line of care. Challenges at this level include recruitment, retention and cultural competency of the qualified health professionals.

Major threats to the Arctic environment such as global warming and contaminants strongly affect Inuit food security, and spiritual and cultural values.

Self-determination improves health outcomes since communities that control their resources and services can initiate programs to match their needs. This reduces delivery gaps and creates valuable support networks for vulnerable groups. Control over fiscal resources enables communities to plan enduring, well-integrated economic, social and health programs that spawn lasting changes. Furthermore, self-determination generates new employment opportunities associated with running institutions and programs.

It is vitally important that coordinated and innovative approaches be taken, not only to treat the ill but also to address, in a holistic manner, the factors contributing to the health status of Inuit.

**The Chair:** Thank you, Ms. Cooper.

Finally, we have Robert Doucette, President of the Metis Nation — Saskatchewan.

**Robert Doucette, President, Metis Nation — Saskatchewan:** Thank you, honourable senators. I have been thrust into this delicate position. They think I am the ace of the bull pen. We will see if I can throw a spinner.

Some of the languages that Metis speak in Canada are Cree, Dene, French and English. On behalf of Metis throughout Canada, I would like to thank you for allowing me the opportunity to address this committee with regard to the population health of Metis people in Canada.

Governments always take the right first step by inviting Metis to participate in these discussions. However, the benefits fall short as the relationships do not extend beyond discussion.

Currently, Health Canada separates Aboriginal groups into the following: First Nations, Inuit and Aboriginal. I assume Metis fall into place somewhere. However, as this separation is evident on Health Canada's website, it is a clear symbol of the jurisdictional black hole Metis fall into federally, provincially and municipally. Metis are marginalized by government and this continues to marginalize Metis further. It is First Nations Inuit Branch and we think it should be FNMIB, First Nations, Metis and Inuit Branch. There should be a letter change here, not FNIB but FNMIB.

comptent qu'un dispensaire de soins primaires, et les patients doivent se déplacer vers les centres régionaux ou les villes du sud pour consulter des spécialistes, subir des chirurgies et accoucher. Les soins primaires ne se comparent pas aux autres soins dispensés au Canada et sont assurés par des infirmiers plutôt que par des médecins. On éprouve des difficultés à recruter et à retenir des professionnels de la santé qualifiés qui ont une sensibilité culturelle.

De graves menaces, telles que le réchauffement planétaire et les contaminants, pèsent sur l'écologie de l'Arctique et ont une grande incidence sur la sécurité alimentaire des Inuits ainsi que sur leurs valeurs spirituelles et culturelles.

L'autodétermination améliore les résultats du système de soins de santé, car les collectivités qui gèrent leurs ressources et les services peuvent mettre sur pied des programmes qui correspondent à leurs besoins. Cela réduit les écarts au chapitre de la prestation de services et crée de précieux réseaux de soutien pour les groupes vulnérables. Les collectivités qui gèrent leurs ressources financières sont en mesure de planifier des programmes économiques, sociaux et des services de santé bien intégrés et de longue durée qui apportent des changements durables. De plus, l'autodétermination génère de nouveaux emplois liés aux établissements et aux programmes.

Il nous faut impérativement des approches novatrices et coordonnées afin de non seulement soigner les malades, mais également de pallier, de façon holistique, les facteurs qui influent sur la santé des Inuits.

**Le président :** Merci, madame Cooper.

Notre dernier témoin est M. Robert Doucette, président de Métis Nation — Saskatchewan.

**Robert Doucette, président, Métis Nation — Saskatchewan :** Merci, honorables sénateurs. On m'a demandé de vous faire un exposé. Mon groupe m'envoie à titre de champion. Voyons bien si j'en suis vainqueur.

Les Métis du Canada parlent notamment le cri, le déné, le français et l'anglais. Au nom du peuple métis du Canada, j'aimerais vous remercier de m'avoir donné la possibilité de vous parler de la santé de notre peuple.

Les gouvernements commencent toujours en beauté en invitant les Métis à participer aux discussions. Toutefois, on ne va jamais plus loin que les discussions.

À l'heure actuelle, Santé Canada distingue les groupes autochtones suivants : les Premières nations, les Inuits et les Autochtones. J'imagine que les Métis y sont répertoriés quelque part. Toutefois, cette distinction, qui est bien en évidence sur le site Web de Santé Canada, illustre clairement le flou juridique dans lequel se retrouvent les Métis, qu'il s'agisse de compétence fédérale, provinciale ou municipale. Les Métis sont marginalisés par le gouvernement, ce qui ne fait qu'aggraver l'état des choses. Pour ce qui est de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, il faudrait y apporter un changement, afin que cela devienne la Direction générale de la santé des Premières nations, des Métis et des Inuits.

To support the need for government to work with Metis separately out of respect and the need to identify health indicators according to risk factors and other disparities, I would like to quote from a presentation made to the National Aboriginal Health Organization, NAHO, by Dr. Carrie Bourassa, a Metis woman from Saskatchewan, and a research expert on Metis health indicators. I have presented the honourable senators with a copy of the report, *The Impact of Socio-economic Status on Metis Health: A Brief Introduction for Community*.

Results from the Aboriginal Peoples Survey, the 2001 Census and the 2001 Canadian Community Health Survey indicate that Metis suffer a lower socio-economic status — lower incomes, wages, employment, and levels of educational attainment.

This is in spite of similar levels of involvement of Metis and non-Aboriginal Canadians in the workforce. Even among individuals with similar education, Metis earn lower incomes compared to non-Aboriginal Canadians. Clearly, class and race issues combine to affect the socio-economic status of Metis. The lower socio-economic status among Metis appears to affect their health.

Specifically, Metis with low income and education report lower self-rated health compared to non-Aboriginal Canadians with low income and education. Clearly, these issues need to be further examined and better quality data is required. There is also a need for programs to address socio-economic disparities in order to attain optimal health and well-being for the Metis in Canada.

The lack of data on Metis is due to the lack of willingness, we think, among government agencies over the years to recognize Metis separately. As I have said, as an example, it is FNIB, it is not FNMIB.

This is contributing to the lack of proper comparisons between Metis and non-Metis, resulting in a lack of specific targeted programming that is developed by Metis people for Metis people in the areas of health care and health care delivery. There is absolutely no data on Metis infant mortality rates and this is the standard for determining the health of any group of citizens. As there is no data, there is no adequate response to the stress on Metis health of some Metis people, who are at five times a greater risk than non-Metis to suffer from a chronic disease.

How does this affect our community? To give you a couple of examples, in a stimulus package, when they set aside I think it is \$325 million for First Nations and Inuit health, not one dime was set aside for the Metis, not one cent. How does this impact us at the community level? I will give you an example.

In Saskatchewan where we had a really tough winter, a Dene Metis Elder from Laroche had to put on his Ski-doo suit and hitchhike over 400 kilometres to go to a health appointment in North Battleford because he did not have the money. He could not get a ride in the taxis provided to First Nations, despite the

J'aimerais vous citer un exposé qu'a fait Mme Carrie Bourassa, une Métisse de la Saskatchewan, à l'intention de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), afin de vous montrer à quel point il est important, d'une part, que le gouvernement travaille séparément avec les Métis par égard à ceux-ci et, d'autre part, que les indicateurs de santé soient établis en fonction des facteurs de risque et d'autres inégalités. Je vous ai transmis un exemplaire du rapport, intitulé *The Impact of Socio-economic Status on Metis Health : A brief Introduction for Community*.

Les résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones, du recensement de 2001 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquent que les Métis ont un statut socio-économique inférieur, c'est-à-dire des revenus, des salaires, des taux d'emploi et une scolarisation qui sont inférieurs à la norme.

On arrive à ce constat en dépit d'une participation semblable des Métis et des Canadiens non autochtones au marché du travail. À niveau de scolarité égal, les Métis gagnent moins que les Canadiens non autochtones. Il est clair que les facteurs de la classe sociale et de la race réunis ont une incidence sur le statut socio-économique des Métis. Ce statut inférieur semble nuire à la santé de ces derniers.

Ainsi, les Métis ayant un revenu inférieur et une faible scolarisation se déclarent moins en santé que les Canadiens non autochtones ayant un statut semblable. Il faut donc se pencher sur ce problème et obtenir de meilleures données. Il nous faut également des programmes pour combler les disparités socio-économiques afin d'aider les Métis du Canada à jouir d'une santé et d'un bien-être optimaux.

Nous pensons que l'absence de données sur les Métis est attribuable à un manque de volonté de la part des organismes gouvernementaux de reconnaître les Métis comme un peuple distinct au fil des ans. Par exemple, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits n'a pas de mandat à l'égard des Métis.

On ne peut donc faire des comparaisons entre les Métis et les non-Métis, ce qui donne un manque de programmes ciblés conçus par le peuple métis pour répondre aux besoins qui lui sont propres dans les domaines des soins de santé et de la prestation de ceux-ci. Il n'existe absolument aucune donnée sur les taux de mortalité infantile chez les Métis, alors que c'est la norme pour déterminer la santé d'un groupe de citoyens. Puisqu'il n'y a pas de données, il n'y a pas de réponse adéquate aux problèmes de santé des Métis, qui sont cinq fois plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que les autres Canadiens.

Est-ce que tout cela a un impact sur notre collectivité? Le plan de relance prévoyait, si je ne m'abuse, 325 millions de dollars pour la santé des Premières nations et des Inuits, mais rien pour les Métis. Absolument rien. Quel est l'impact de cette mesure sur notre collectivité? Permettez-moi de vous donner un exemple.

La Saskatchewan a connu un hiver très rigoureux. Un aîné métis qui fait partie de la Nation dénë et qui habite à Laroche a dû revêtir sa combinaison de motoneige et faire plus de 400 kilomètres d'autostop pour se rendre à un rendez-vous médical à North Battleford, parce qu'il n'avait pas d'argent. Il ne

fact that their communities are side by side. The taxi was full so he hitchhiked in his Ski-doo suit to get to his appointment. I had to go in turn and get a hotel room for him and give him some money so he could eat, sleep and then return to Laroche. That is in Canada today.

I am sure you are all aware of the fact that Metis are the only Aboriginal group in Canada who do not have access to receiving coverage for non-insured health benefits. Metis people must pay the costs for transportation to medical appointments and prescription drugs and other medical supplies themselves. Given the lower levels of income and employment for Metis people, having to pay these additional costs makes it even more difficult for Metis people and organizations to improve the health of the population. This is an unfair practice and it creates even more challenges for an already-challenged Aboriginal population group.

I can tell you a funnier story. I went to the dentist and had to get my teeth fixed. My younger daughter, Julie, was sitting beside me. I was paying my \$373 and she looked at me and said, "Dad, how come you're paying for your teeth? Every time I come to get my teeth fixed they don't charge me." She is registered as First Nations. I said, "Well, my girl, I am Metis and you are First Nations and I have to pay because there is no health coverage for Metis." She said, "Well, that's not fair." She pulled out her treaty card and said, "Here, put it on my card." The dentist said, "No, it does not work that way. Your dad has to pay because people in Ottawa will not cover that."

I do want to turn this around and tell you that there is much positive work presently being done by Metis in the areas — and the federal government — of developing Metis health indicators. Health Canada, through its Aboriginal health transition fund, has acknowledged the need to build capacity in Aboriginal organizations to start dealing with the lack of knowledge, the lack of data and the lack of a relationship that has hampered the Metis from being a part of public health policy.

Metis know the need for focusing more attention on the health of Metis, and some organizations have been working hard over the years to build expertise in this area. For example, the Manitoba Metis Federation has 78,000 Metis on file and is creating the data infrastructure that will create linkages to measure and monitor chronic diseases such as diabetes, cancer and HIV. It has taken Dr. Judith Bartlett, a previous presenter to this committee, 15 years of sheer determination to get to the point Manitoba Metis are at now.

In Saskatchewan, only in the last year, with funding from the Aboriginal health transition fund, AHTF, has the Metis Nation of Saskatchewan been collaborating and pulling together health care officials to identify Metis health indicators. It is starting with a provincial-wide survey, which will determine indicators for programming specific to health issues brought forward by Metis.

pouvait pas prendre un des taxis fournis aux Premières nations, bien que les collectivités soient voisines. Il a donc fait de l'autostop, dans sa combinaison de motoneige, pour se rendre à son rendez-vous. J'ai dû lui réserver une chambre d'hôtel et lui donner de l'argent pour qu'il puisse se nourrir, dormir et ensuite retourner à Laroche. Voilà ce qui se passe au Canada aujourd'hui.

Vous êtes tous conscients du fait, j'en suis certain, que les Métis sont le seul groupe autochtone au Canada qui ne reçoit aucune prestation pour des services de santé non assurés. Les Métis doivent assumer les coûts de déplacement pour les rendez-vous, les médicaments sous ordonnance et les autres fournitures médicales dont ils ont besoin. Compte tenu des faibles niveaux de revenu et d'emploi des Métis, le fait qu'ils soient obligés d'assumer ces coûts additionnels complique la tâche des Métis et des organisations métisses qui cherchent à améliorer la santé de la population. Il s'agit-là d'une pratique injuste qui crée encore plus de défis pour ce groupe autochtone déjà confronté à des difficultés.

Je vais vous raconter une histoire encore plus drôle. Je suis allé voir mon dentiste. J'étais accompagnée de Julie, ma fille cadette. J'étais en train de payer ma facture de 373 \$. Elle m'a regardé et m'a dit, « Papa, comment se fait-il que tu dois payer pour te faire soigner les dents? Moi, je ne paie pas quand je vais chez le dentiste. » Elle est un membre inscrit d'une Première nation. Je lui ai répondu, « Eh bien, je fais partie des Métis et toi, des Premières nations. Je dois payer, car les Métis n'ont aucune protection en matière de santé. » Elle a dit, « Eh bien, ce n'est pas juste. » Elle a sorti sa carte de statut et a dit, « Tiens, voici ma carte. » Le dentiste lui a répondu, « Non, il ne peut pas l'utiliser. Ton père doit payer parce qu'on refuse à Ottawa de couvrir ces coûts. »

Cela dit, il y a beaucoup d'initiatives positives qui sont entreprises à l'heure actuelle par les Métis — et le gouvernement fédéral — dans le but d'élaborer des indicateurs de santé pour les Métis. Santé Canada, par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des services de santé, a reconnu la nécessité d'aider les organisations autochtones à combler les lacunes qui existent au niveau des connaissances et des données, et à établir aussi des relations, puisque ces lacunes ont empêché les Métis d'être pris en compte dans la politique de santé publique.

Les Métis savent qu'ils doivent faire plus côté santé. Certaines organisations ont travaillé très fort, au fil des ans, pour développer des compétences dans ce domaine. Par exemple, la Fédération des Métis du Manitoba a mis sur pied un fichier qui renferme les dossiers de 78 000 Métis. Elle a créé une base de données qui lui permettra d'établir des liens et, partant, de mesurer et de surveiller l'évolution de maladies chroniques comme le diabète, le cancer et le VIH. Il a fallu à Mme Judith Bartlett, qui a déjà témoigné devant le comité, 15 ans d'efforts acharnés pour amener les Métis du Manitoba à ce stade-ci.

En Saskatchewan, ce n'est qu'au cours de la dernière année, grâce au financement accordé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé, que les Métis de la province ont commencé à collaborer avec les responsables des soins de santé en vue de développer des indicateurs de santé. Un sondage va être mené à l'échelle de la province dans le but d'identifier les indicateurs qui

We hope the success of this undertaking through funding from Health Canada is met because we are driving the agenda. We get our direction from our communities and our people. We can no longer afford to wait for someone else to take care of us.

The gap in Metis health public policy over the years has created a very hard wall to climb. A standard disconnect has been created by the territorial relationship between Health Canada and provincial health departments that for the most part, as we can see, are adversarial and focus primarily on bottom-line costs.

The AHTF is a good start but it must develop into a strong and collaborative relationship between willing partners who sense the urgency and the need in our communities. As my colleague, Bob Watts, said, all of our children deserve better. Yes, there should be a comprehensive Aboriginal health policy but the framework must be developed in the communities by First Nations, Metis and Inuit, not by policy-makers in institutionalized systems so far removed from where the front-line workers reside.

The health of the Metis people is important to all of us as Canadians. Over the past several years the Metis National Council and its governing member organizations have engaged federal and provincial representatives, as well as our communities, in an effort to determine the status of our health, and develop policies and programs that will improve both the health and conditions of our people and our great country, Canada. From our contributions to the development of a federally managed national framework on Aboriginal health in 2004, to our work with various provincial government departments to build Metis recognition and rights, and our work with the Office of the Federal Interlocutor in 2008 to establish the Metis protocol, we have demonstrated both our commitment to and the gaps in improving the health in the Metis population in Canada.

We remain hopeful that we will see a clear verbal and fiscal commitment by the federal and provincial governments to assist us in improving the health of the Metis citizens of this country. I would just give you three or four recommendations. Like my colleagues, Mr. Watts and Ms. Cooper, you should encourage Parliament to build a tripartite relationship between the Metis National Council, governing members, and the provincial and federal governments to alleviate the health issues of Metis people, renew the Aboriginal health transition fund, increase funding to Metis governing members, and create Metis-specific health data. I do not know how could you do that, maybe through the Census of Canada and Health Canada to create Metis-specific health services for Metis citizens across this country.

serviront à élaborer des programmes adaptés aux besoins uniques des Métis. Nous espérons que cette initiative sera menée à terme, avec l'aide de Santé Canada, car nous devons prendre les choses en main. Nous devons répondre aux besoins de nos collectivités. Nous ne pouvons plus attendre que quelqu'un d'autre s'occupe de nous.

L'absence de mesures de santé publique pour les Métis s'est avérée, au fil des ans, un sérieux obstacle. L'existence d'un conflit de compétence entre Santé Canada et les ministères provinciaux de la santé a eu pour effet de créer des relations qui, pour la plupart, sont marquées par la confrontation, les coûts étant au cœur du différend.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé constitue un bon point de départ, mais il doit favoriser la création de relations solides, axées sur la collaboration, entre partenaires consentants qui sont conscients de l'urgence et de la nécessité d'agir. Comme mon collègue, Bob Watts, l'a mentionné, nos enfants méritent mieux. Oui, il faut élaborer une politique globale en matière de santé pour les Autochtones, mais le cadre doit être défini, au sein des collectivités, par les Premières nations, les Métis et les Inuits, et non par les décideurs institutionnalisés situés très loin des travailleurs se trouvant en première ligne.

La santé des Métis est importante aux yeux de tous les Canadiens. Au cours des dernières années, le Ralliement national des Métis et ses membres dirigeants ont demandé aux représentants fédéraux et provinciaux, et aussi à nos collectivités, de les aider à évaluer l'état de santé de la population métisse et à définir des politiques et des programmes qui vont contribuer à améliorer la santé et les conditions de vie de la population et de ce magnifique pays qu'est le Canada. Grâce à notre participation, en 2004, à l'élaboration d'un cadre national sur la santé des Autochtones administré par le gouvernement fédéral, aux efforts que nous avons déployés, en collaboration avec divers ministères provinciaux, dans le but de reconnaître les droits des Métis, et au travail que nous avons effectué avec le Bureau de l'interlocuteur fédéral, en 2008, en vue d'établir un protocole pour les Métis, nous avons fait preuve de notre détermination à combler les lacunes qui existent et améliorer la santé des Métis au Canada.

Nous gardons l'espoir que les gouvernements fédéral et provinciaux vont s'engager, clairement, verbalement et financièrement, à nous aider à améliorer la santé des Métis. J'aimerais, à cet égard, formuler trois ou quatre recommandations. Comme l'ont mentionné mes collègues, M. Watts et Mme Cooper, vous devez encourager le Parlement à conclure, entre le Ralliement national des Métis, les membres dirigeants et les gouvernements fédéral et provinciaux, une entente tripartite en vue d'atténuer les problèmes de santé des Métis, à renouveler le Fonds pour l'adaptation des services de santé, à accroître le financement des membres dirigeants métis, et à recueillir des données sur la santé propres aux Métis. Il faudra peut-être collaborer avec Statistique Canada et Santé Canada pour créer des services de santé adaptés aux besoins des Métis à l'échelle nationale.

Thank you for allowing me to do this presentation. God bless all of you and your families. Marci choo.

**The Chair:** Thank you to all three of you. The senators would like to ask questions. I will be brief. One of the issues we have difficulty in dealing with, Mr. Doucette, is the fact that the Metis do not seem to be as structured as the Inuit and First Nations. They seem to be more spread out. Developing models of community health, well-being and productivity for First Nations and Inuit is simpler than it is for the Metis.

I passed out a suggested model for a platform of population health and the support of the life cycle on that platform, which might, in some form, make its way into our report. However, the problem is to identify communities of Metis where you can build community strength and deal with a dozen or so determinants of health. Would you tell me where you think such communities could be found for prototypes?

**Mr. Doucette:** To be honest, since the 1800s when they set up the reserve system, you will find a Metis community wherever you find a reserve. As an example, Metis Nation in Saskatchewan represents over 100,000 Metis people in the Province of Saskatchewan, as represented through 133 Metis-specific communities.

From Uranium City in the north to Arcola in the south, we have identified Metis communities that send representatives which are elected to our Metis Nation Legislative Assembly every year. By way of example for statistics, 70 per cent of the total Metis population in Saskatchewan live in three cities: Regina, Saskatoon and Prince Albert.

If there was a need to look at specific communities, those are communities right there. You have Metis-specific communities in northwest Saskatchewan such as Buffalo Narrows, La Loche — La Loche has 3,000 to 5,000 Dene Metis-speaking people — Île-à-la Crosse and Cumberland House. Those communities have been around since 1776, so there are Metis-specific communities that could be targeted for specific health services and programs. I do not see that as being a problem.

The problem is capacity. I do not want to take a swing at anyone, but it is capacity and it is the commitment to actually lay out some money so that there are Metis-specific dollars there. For goodness sake, it says something to me when a Metis Elder hitchhikes in minus 50-degree weather to have a piece of metal removed from his eye. I think if the willingness is there to sit down with governing members of the Metis National Council, I think we could do a really good thing for this country and address the health issues of the Metis people. By the way, the Metis are Aboriginal peoples as listed under section 35 of the Constitution but we are treated like we have no rights.

Health is not an Aboriginal right; it is a human right.

I do not know if that answers your question.

**The Chair:** Yes, it does.

Merci de m'avoir permis de vous présenter cet exposé. Que Dieu vous bénisse, vous et vos familles. Marci choo.

**Le président :** Merci tous les trois. Les sénateurs aimeraient vous poser des questions. Je vais être bref. Nous avons du mal à comprendre, monsieur Doucette, pourquoi les Métis ne sont pas organisés comme le sont les Inuit et les Premières nations. Ils semblent être davantage épargnés. Il est plus facile d'élaborer des politiques relatives à la santé communautaire, au bien-être et à la productivité pour les Premières nations et les Inuits que pour les Métis.

J'ai distribué un modèle de plateforme de recherche sur la santé de la population et les services de soutien tout au long du cycle de vie, plateforme qui pourrait se retrouver dans notre rapport. Toutefois, il est difficile de cerner les collectivités métisses qui peuvent être habilitées à faire face aux problèmes et où l'on peut procéder à l'analyse d'une douzaine de déterminants de la santé. Existe-t-il, à votre avis, des collectivités qui pourraient servir de modèle?

**M. Doucette :** Depuis que le système des réserves a été mis sur pied dans les années 1800, on trouve des Métis dans toutes les réserves. Par exemple, la nation métisse en Saskatchewan regroupe plus de 100 000 Métis qui sont épargnés à l'échelle de la province dans 133 collectivités métisses.

Il y a entre Uranium City, au nord, et Arcola, au sud, des collectivités métisses qui envoient des représentants élus à l'Assemblée législative de la nation métisse tous les ans. Par exemple, 70 p. 100 des Métis en Saskatchewan vivent dans trois villes : Regina, Saskatoon et Prince Albert.

Si besoin était d'examiner des communautés particulières, il y en a là-bas. Dans le nord de la Saskatchewan, on trouve des communautés métisses comme celles de Buffalo Narrows, de La Loche — La Loche compte de 3 000 à 5 000 personnes de langue métisse dénommée — d'Île-à-la Crosse et de Cumberland House. Ces communautés sont là depuis 1776. Il serait donc possible de cibler des collectivités métisses pour des services et programmes de santé précis. Je ne pense pas que ce soit un problème.

Le problème, c'est la capacité. Je ne veux blâmer personne, mais c'est la capacité et l'engagement à verser des fonds véritablement destinés aux Métis. Bon Dieu, quoi penser quand un aîné métis doit faire de l'auto-stop par moins 50 degrés Celsius pour faire enlever une pièce de métal de son œil? Je crois que si la volonté est là de s'asseoir avec les membres dirigeants du Ralliement national des Métis, nous pourrions faire œuvre utile pour ce pays et nous attaquer aux problèmes de santé des Métis. Soit dit en passant, les Métis sont un peuple autochtone aux termes de l'article 35 de la Constitution, mais on les traite comme s'ils n'avaient pas de droits.

La santé n'est pas un droit autochtone; c'est un droit humain.

J'ignore si cela répond à votre question.

**Le président :** Oui.

**Senator Eggleton:** I am trying to determine what might be the way forward. I appreciate all the comments that all three of you have made and you have outlined quite well how your communities are affected.

However, I am looking for a way forward. For example, the subcommittee's report, *Poverty, Housing and Homelessness: Issues and Options*, with respect to Aboriginal Canadians, talked about whether we should take a comprehensive approach — to cover all of these. Remember, the determinants of health are comprised of many things, including employment, education, poverty and housing; all these things can impact on a person's health, as you know.

The comprehensive approach to it, of course, covers a lot of government departments at all levels. That said, there could be a more incremental, step-by-step approach; a bit at a time, step-by-step.

There is another possibility. In 2005, there was an agreement among federal, provincial and Aboriginal leaders on the *Blueprint on Aboriginal Health*. I do not know if you are familiar with that. This was to be a guide for future decision-making involving all the orders of government and the First Nations, Metis, Inuit and those communities.

Is that a kind of framework that you think might be a good one to follow in the case of population health, if it were broadened out into these other determinants of health, or is there some other way forward?

What is your vision of how we could move forward with this and be organized to deal with these issues? That is a big part of it because there are so many aspects to population health.

**Mr. Watts:** As we outlined in our submission, some of the ideas we put forward in terms of tripartite policy fall into some of the same principles identified in the blueprint for health. Therefore, I think those principles are still good.

I recognize what you said, too, senator. It is sometimes hard to get two federal departments to sign the same document, let alone a number of provinces and perhaps other departments around the same table to agree to the same thing.

To us, the idea of a comprehensive approach makes absolute sense. We have been "incrementalized" to death and we need a comprehensive approach; we need the players around the table who have the infrastructure, money and willingness to work with us. We have lots of ideas in terms of how to deal with these issues and these ideas come right from our communities.

We need some willing partners. That is what we talk about in terms of a tripartite vision: Trying to bring those resources and that expertise all around the same table so we can focus on these issues.

**Le sénateur Eggleton :** Je tente de déterminer quelle serait la solution. J'apprécie tous les commentaires que vous avez faits tous les trois et vous avez très bien fait valoir à quel point vos communautés sont touchées.

Néanmoins, je cherche une solution. Par exemple, le rapport du sous-comité, *Pauvreté, logement et sans-abrisme : Enjeux et options*, qui concerne les Canadiens autochtones, traitait de la question de savoir si nous devrions adopter une approche globale recouvrant l'ensemble des politiques et des programmes fédéraux. Souvenez-vous que les déterminants de la santé comprennent bien des choses, dont l'emploi, l'éducation, la pauvreté et le logement; tous ces éléments peuvent avoir une incidence sur la santé d'une personne, comme vous le savez.

L'approche globale à cet égard, bien sûr, concerne de nombreux ministères à tous les niveaux. Cela dit, il pourrait y avoir une approche plus graduelle et par étapes.

Il y a une autre possibilité. En 2005, les gouvernements fédéral et provinciaux et les dirigeants autochtones ont conclu une entente relativement au *Plan directeur pour la santé des Autochtones*. J'ignore si vous le connaissez. Il devait servir de guide pour les futures prises de décision impliquant tous les ordres de gouvernement et les Premières nations, les Métis, les Inuits et autres communautés.

Est-ce là un type de cadre qu'il serait selon vous judicieux de suivre dans le cas de la santé des populations, s'il était élargi à ces autres déterminants de la santé, ou y a-t-il une autre façon de faire?

Quelle est votre vision des choses pour l'avenir à cet égard, et comment s'organiser face à ces problèmes? C'est un élément de taille, car la santé des populations comporte de nombreuses facettes.

**M. Watts :** Comme nous l'avons expliqué dans notre exposé, certaines des idées que nous avançons en matière de politiques tripartites correspondent aux mêmes principes que ceux précisés dans le plan directeur. Par conséquent, j'estime que ces principes demeurent valables.

J'accepte ce que vous dites également, sénateur. Il est parfois difficile d'amener deux ministères fédéraux à signer le même document, alors imaginez ce que ça peut être quand plusieurs provinces et peut-être d'autres ministères négocient pour tomber d'accord sur les mêmes principes.

À nos yeux, l'idée d'une approche globale est tout à fait sensée. Nous avons appliqué l'approche graduelle au maximum et il nous faut maintenant une approche globale; nous devons réunir autour de la table des intervenants qui ont les infrastructures, l'argent et la volonté nécessaires pour travailler avec nous. Nous avons beaucoup d'idées quant à la manière de traiter ces problèmes, lesquelles idées émanent directement de nos collectivités.

Il nous faut des partenaires disposés à agir. C'est de cela dont il est question lorsque nous parlons d'une vision tripartite : il s'agit de réunir ces ressources et cette expertise à la même table pour que nous puissions nous concentrer sur ces problèmes.

We do not think it is that tough to do it. We have done it before. The Kelowna Accord was an incredible process where we had every level of government at the table, agreeing on a number of principles, goals and objectives to deal with issues from health to education to housing to jobs and everything in-between.

We know it can be done if the will exists to do it.

**Ms. Cooper:** In the Inuit world view, health, education and social conditions are all intertwined. It is a real challenge when you have departments that work pretty much in silos. How does one ensure that it is culturally based and relevant to the world view of Inuit?

Therefore, we tend to look at these issues in a more holistic manner, ensuring that we are looking at the gaps and how they relate from housing to health and all these other indicators that are associated. It is a real challenge for Inuit to work with a system that operates in silos.

The *Blueprint on Aboriginal Health* is a good model but it needs to be Inuit-specific for us, as we see it.

In 2007, the Inuit held a health summit in Kuujjuaq with all the provincial and territorial parties participating. There is a model there, as well, that is very Inuit-specific. If you like, we can provide that report to this committee as background information.

**Mr. Doucette:** Thank you, Senator Eggleton. I think a comprehensive approach, as my colleague, Mr. Watts, has said is a good way to go. As First Nations and Inuit believe, the Metis believe that it has to be holistic, too. I think that is echoed in Ms. Bourassa's paper about how everything is intertwined.

As the example of employment and training, we have the Aboriginal human resource development agreement which sunsets in 2010. I think the federal government should renew that with the Aboriginal groups because there is a benefit. That allows us to target specific resources to the socio-economic problems that Metis people face. That is an example.

The Aboriginal health transition fund, again, as Mr. Watts said, sunsets in 2010. That is another good program and there should be specific funding earmarked for Metis. No housing money is targeted for Metis. As for post-secondary education, while First Nations and Inuit receive 48 months of funding to get an undergraduate degree and 10 months to get a master's degree, there is nothing for Metis.

Yes, I would like to see an incremental approach. We do not see that there. We do not see any approach.

I cannot really comment on the *Blueprint for Aboriginal Health*. Like I said, I am just a right-handed pitcher thrown in out of the bullpen on this.

À notre avis, ce n'est pas tellement difficile. Nous l'avons déjà fait. L'Accord de Kelowna était un processus incroyable où tous les ordres de gouvernement étaient à la table pour s'entendre sur un certain nombre de principes et d'objectifs en matière de santé, d'éducation, de logement et d'emploi, entre autres.

Nous savons que c'est réalisable s'il y a une volonté en ce sens.

**Mme Cooper :** Dans la conception inuite du monde, la santé, l'éducation et les conditions sociales sont toutes interrelées. C'est vraiment une difficulté lorsqu'il y a des ministères qui travaillent de manière fortement cloisonnée. Comment peut-on s'assurer que le système soit respectueux des différences culturelles et corresponde à la façon inuite de concevoir le monde?

Par conséquent, nous sommes enclins à considérer ces questions de manière globale, et nous nous assurons de déceler les manques puis de déterminer les liens entre le logement, la santé et tous ces autres indicateurs qui y sont associés. Pour les Inuits, c'est un réel défi de travailler avec un système qui fonctionne en vase clos.

Le *Plan directeur pour la santé des Autochtones* est un modèle valable, mais il doit être adapté pour les Inuits, de notre point de vue.

En 2007, les Inuits ont tenu un sommet sur la santé à Kuujjuaq, en présence de tous les représentants provinciaux et territoriaux. Il y a là un modèle axé tout particulièrement sur les Inuits. Si vous le souhaitez, nous pourrons fournir ce rapport à votre comité à titre d'information.

**M. Doucette :** Merci, sénateur Eggleton. J'estime qu'une approche globale, ainsi que l'a dit tout à l'heure mon collègue, M. Watts, est une bonne solution. Tout comme les Premières nations et les Inuits, les Métis sont d'avis que l'approche doit être globale. Je pense que c'est ce qui ressort aussi du document de Mme Bourassa, où l'on décrit comment tout est interrelié.

Comme dans le cas de l'emploi et de la formation, nous avons l'entente de développement des ressources humaines autochtones qui doit prendre fin en 2010. Je pense que le gouvernement fédéral devrait renouveler cette entente avec les groupes autochtones, car elle est avantageuse. Cela nous permet de concentrer des ressources particulières sur les problèmes socioéconomiques auxquels sont confrontés les Métis. C'est un exemple.

Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones doit, comme l'a dit M. Watts, prendre fin en 2010. Il s'agit là d'un autre bon programme, et il devrait y avoir un financement particulier consacré aux Métis. Aucun fonds pour le logement ne cible les Métis. Comme dans le cas de l'éducation postsecondaire, alors que les Premières nations et les Inuits reçoivent un financement pendant 48 mois pour obtenir un diplôme de premier cycle, et pendant 10 mois pour un diplôme de cycle supérieur, il n'y a rien pour les Métis.

Oui, j'aimerais qu'il y ait une approche graduelle. Nous ne voyons rien de tel là-dedans. Nous ne voyons aucune approche.

Je ne suis pas vraiment en mesure de me prononcer sur le *Plan directeur pour la santé des Autochtones*. Comme je l'ai déjà laissé entendre, je ne suis qu'un batteur de relève en la matière.

**Senator Eggleton:** I am sorry to throw you a curve.

**Mr. Doucette:** You just drove it back at me from home plate. There must be some Metis-specific, earmarked capacity from the federal government, in partnership with the provincial governments, to deal with things in a holistic manner. That is the way to do things. That is the Canadian way, the Metis way.

**The Chair:** Our plan is a recommendation for a whole-of-government approach that will get wired to the ground at the community level. I think that is what you want.

**Senator Callbeck:** Thank you for coming and for your presentations.

Senator Eggleton talked about the blueprint, Mr. Watts, and you said you agree with the principles in it and a comprehensive approach. This came out in 2005. Has there been any follow-up? My understanding is that this was a guide that was agreed to. I have the blueprint right here. All the governments were there, including the federal government, the national Aboriginal associations, Assembly of First Nations, Congress of Aboriginal Peoples, the Inuit, Metis, the Native Women's Association of Canada. After this came out, was there any follow-up — or what happened?

**Mr. Watts:** My staff will be able to go into more detail later. I do not know if you can draw a straight line from the blueprint to the tripartite model I talked about in B.C., but I think it finds some inspiration there, and it finds some inspiration in the Kelowna Accord. Some of the work being done on health professionals is certainly there. Health Canada has been doing some thing in terms of implementing this, but in terms of provinces moving lock-step with the federal government and with ourselves, we are not seeing a whole lot of that. There may be some things on a sub-regional basis being done, but certainly not something where you could say that, as a nation, we have the provinces and the federal government and First Nations peoples moving together to address these issues.

**Senator Callbeck:** Who was to take the initiative on this?

**Mr. Watts:** That is a good question. I think it is incumbent upon all of us. We all put our names to it. Parts of the agreement were not written into the agreement. We had talked extensively about a health escalator, for example, and we thought we had a deal on an escalator, and that never manifested itself. In terms of pointing fingers, I am not really keen to do that. I can tell you that we have consistently and persistently knocked on doors of provinces and many federal departments to try to get them around the table to move these ideas forward. As I noted in the presentation, we have had some success in some areas, but in terms of what Senator Eggleton would call a comprehensive approach and bringing everyone to the table, that has not manifested itself.

**Le sénateur Eggleton :** Je suis navré de vous lancer une balle courbe.

**M. Doucette :** Vous venez de me l'envoyer à partir du marbre. Il doit y avoir une initiative fédérale qui s'adresse spécialement aux Métis, gérée en partenariat avec les gouvernements provinciaux, afin de traiter les choses d'une manière globale. C'est la façon de procéder. C'est la manière canadienne, la manière métisse.

**Le président :** Notre plan est une recommandation relative à une approche pangouvernementale qui sera ancrée dans les communautés. Je pense que c'est ce que vous souhaitez.

**Le sénateur Callbeck :** Merci de votre venue et de vos exposés.

Le sénateur Eggleton a parlé du plan directeur, monsieur Watts, et vous avez dit approuver les principes qu'il contient ainsi que l'idée d'une approche globale. Ce plan a été publié en 2005. Y a-t-on donné suite? D'après ce que j'ai compris, c'est un guide qui a été approuvé. J'ai ici le plan directeur. Tous les ordres de gouvernement étaient là, y compris le gouvernement fédéral, les associations autochtones nationales, l'Assemblée des Premières Nations, le Congrès des peuples autochtones, les Inuits, les Métis et l'Association des femmes autochtones du Canada. Après que ce document a été publié, y a-t-on donné suite — ou que s'est-il produit?

**M. Watts :** Mon équipe sera en mesure d'en parler de façon plus détaillée tout à l'heure. J'ignore si vous pouvez établir une ligne directe entre le plan directeur et le modèle tripartite dont j'ai parlé, en Colombie-Britannique, mais je crois qu'il tire là une partie de son inspiration, de même que dans l'Accord de Kelowna. Une partie du travail qui est réalisé relativement aux professionnels de la santé s'y trouve certainement. Santé Canada a pris certaines mesures pour mettre cela en œuvre, mais pour ce qui est des provinces qui agissent de concert avec le gouvernement fédéral et avec nous, nous ne voyons pas grand-chose du genre. On met probablement en œuvre des mesures au niveau sous-régional, mais il n'y a rien qui nous permette de dire, en tant que nation, que les provinces, le gouvernement fédéral et les peuples des Premières nations agissent ensemble pour régler ces questions.

**Le sénateur Callbeck :** Qui devrait en prendre l'initiative?

**M. Watts :** C'est une bonne question. Je pense que nous en avons tous la responsabilité. Nous sommes tous redevables. Certains éléments de l'entente n'ont pas été inscrits dans l'accord. Nous avons parlé en long et en large d'une indexation en matière de santé, par exemple, et nous pensions avoir une entente à cet égard, mais nous n'en avons jamais vu la couleur. Je suis réticent à pointer du doigt. Mais je puis vous dire que nous avons frappé sans relâche aux portes des provinces et de nombreux ministères fédéraux afin de les réunir autour de la table pour faire avancer ces idées. Ainsi que je l'ai souligné dans mon exposé, nous avons eu du succès dans certains domaines, mais pour ce qui est de ce que le sénateur Eggleton qualifierait d'approche globale et de réunir tous les intervenants à la table, cela ne s'est pas concrétisé.

**Senator Callbeck:** You mentioned the escalator clause in your comments. You want the same as the provinces, but is your health and social transfer based on per capita?

**Mr. Watts:** I do not believe it is based on per capita because it has been capped for so many years. It is on a base that was established a number of years ago, and it has increased at 2 per cent to 3 per cent. As both of my colleagues to the right and left of me have said, our population is booming. It is growing at a far faster rate than that of the rest of Canada. The Canada health transfer goes at between 7 per cent to 9 per cent, we are being funded at increases of 2 per cent to 3 per cent, but our population growth is two, three, four and sometimes five times as great as the rest of Canada. Imagine how much we fall behind every year.

**Senator Callbeck:** There are advantages to this blueprint, but are there improvements to be made here?

**Mr. Watts:** Most certainly. There are some advantages in there, but in terms of how it manifests itself, I would say there are certainly improvements to be made. We have learned things in the meantime, too, in terms of new technologies and ways of doing things, and they need to be incorporated.

**Senator Callbeck:** Ms. Cooper, you mentioned that the Inuit came up with another plan in 2007. Was that just for the Inuit?

**Ms. Cooper:** Yes.

**Senator Callbeck:** Are you familiar with this blueprint?

**Ms. Cooper:** My director is more familiar with it, yes.

**Senator Callbeck:** I wanted to ask Mr. Watts about the sustainability resource plan for First Nations health and human resources. Are we making any headway there?

**Mr. Watts:** I think we are making headway. If we count the number of First Nations doctors in the country compared to what it was five years ago, there has been an increase. If we count the number of First Nations nurses, there is an increase. In terms of health and human resources, there has been some improvement. At the same time, as I noted in terms of being able to deliver the services at the community level, that is capped, so the ability to retain the very best in our own community makes it impossible. There is so much competition for those folks. It is not all doom and gloom. We are making progress. If we had programs that were funded in a manner that we could keep our people in the communities and working on these issues, it would be immeasurably more successful.

**Senator Pépin:** Ms. Cooper, you mentioned in your presentation that, although most communities do not have hospitals, every Inuit community has one or more, but the challenges include recruitment and retention of qualified staff and nurses and things like that. You also mentioned that there is a

**Le sénateur Callbeck :** Dans vos remarques, vous avez mentionné la disposition relative à un facteur de progression. Vous voulez obtenir la même chose que les provinces, mais votre transfert en matière de santé et de programmes sociaux se fait-il selon la formule d'un montant par habitant?

**M. Watts :** Je ne pense qu'il soit fondé sur la formule d'un montant par habitant, parce qu'il a été plafonné pendant de nombreuses années. Il est effectué en fonction d'une formule établie il y a un certain nombre d'années, et on l'a augmenté de 2 à 3 p. 100. Comme l'ont dit mes deux collègues à ma gauche et à ma droite, notre population connaît une forte croissance. Elle croît à un rythme plus élevé que dans le reste du Canada. Le transfert canadien en matière de santé est établi entre 7 et 9 p. 100, et nous recevons un financement selon des augmentations de 2 à 3 p. 100, mais notre population connaît une croissance deux, trois, quatre et parfois cinq fois plus élevée que dans le reste du pays. Imaginez à quel point nous sommes loin du compte chaque année.

**Le sénateur Callbeck :** Ce plan directeur présente des avantages, mais y a-t-il des améliorations à faire?

**M. Watts :** Très certainement. Il présente certains avantages, mais pour ce qui est de la façon dont ils se manifestent, je dirais qu'il y a place à l'amélioration. Depuis, nous avons appris certaines choses également sur le plan des nouvelles technologies et des façons de faire, et il faut en tenir compte.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Cooper, vous avez dit que les Inuits avaient présenté un autre plan en 2007. Concernait-il seulement les Inuits?

**Mme Cooper :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Connaissez-vous ce plan directeur?

**Mme Cooper :** Oui; et mon directeur le connaît davantage.

**Le sénateur Callbeck :** J'aimerais interroger M. Watts au sujet du plan de ressources en matière de durabilité relativement aux ressources humaines et sanitaires des Premières nations. Faisons-nous des progrès à ce chapitre?

**M. Watts :** Je pense que nous réalisons des avancées. Si nous comptons le nombre de médecins autochtones au 'pays comparativement à ce qu'il était il y a cinq ans, il y a eu une augmentation. Le nombre d'infirmières des Premières nations a augmenté également. Au chapitre des ressources humaines et sanitaires, la situation s'est améliorée. En même temps, comme je l'ai déjà dit, la capacité à offrir les services dans les communautés est limitée, de sorte qu'il devient impossible de retenir les meilleurs éléments dans nos collectivités. La concurrence est vive. Mais tout n'est pas catastrophique. Nous réalisons des progrès. Si nous avions des programmes financés de manière à pouvoir retenir nos gens dans les collectivités et travailler sur ces questions, nous aurions infiniment plus de succès.

**Le sénateur Pépin :** Madame Cooper, vous avez mentionné dans votre déclaration que, bien que la plupart des collectivités n'aient pas d'hôpital, chaque communauté invite en compte au moins un, mais les difficultés consistent notamment à faire du recrutement et à retenir le personnel qualifié et les infirmières.

conspicuous absence of traditional Inuit knowledge in health service delivery. How would you see it? How would you organize it? If we have a plan and we want to make some recommendation to the government, how would you organize your nursing and doctor health delivery?

**Ms. Cooper:** Specifically, in Nunavut, the Government of Nunavut does have a nursing program now, and they do take the nursing program in Iqualuit, but again, there is the matter of the social conditions and being removed from there.

**Senator Pépin:** The distance?

**Ms. Cooper:** Their family and the social conditions impact on completing these nursing programs, so the mobility of training courses would be an example of providing the proper training required.

Another example is midwifery. As I mentioned, many of our pregnant ladies are going to central communities up to three months before their delivery date. Imagine, if you will, being away from your family, your husband and children, and the added stress on the individual. I used to work in public health, and I used to watch some women actually hit their stomachs because they wanted to deliver and get this over with. In what should be the most celebratory time in delivery, they do not have their family with them. You go back home with a new baby and your children greet the baby, and there is not that bonding that should have been occurring with your family.

In a traditional setting, I have experience where the whole family is surrounding you. When I was about seven years old, I actually saw how a woman delivers. My mother was teaching me, "This is what you will experience when you become an adult and you rear your children." It is so far removed from the traditional way of giving birth to be in a cold environment that takes the mother away from the family.

There are many examples. There have been efforts that have looked at mobilizing training developments from community to community, to see what works. The technology today is also advantageous, to go online to take courses, but again it is the education levels that impact.

ITK held a very Inuit-specific summit on education. We are just around the corner now from signing an education accord in April that has the federal-provincial-territorial partners along with our four land claim signatories. The practitioners, the teachers and the policy-makers were all at this summit. There are very specific strategies that we have highlighted for this national committee that will come into play to focus on how to deal with the gaps on education.

Vous avez également dit que la connaissance inuite traditionnelle brillait par son absence dans la prestation des services de santé. Quelle est votre opinion là-dessus? Comment organiseriez-vous cette prestation? Si nous avions un plan et voulions adresser des recommandations au gouvernement, comment organiseriez-vous les prestations des soins de santé par vos médecins et votre personnel infirmier?

**Mme Cooper :** Au Nunavut en particulier, le gouvernement de ce territoire a actuellement un programme de sciences infirmières et l'on offre un programme de soins infirmiers à Iqaluit, mais je répète que c'est une question de conditions sociales et d'accessibilité.

**Le sénateur Pépin :** Vous parlez de distance?

**Mme Cooper :** Leur milieu familial et leurs conditions sociales ont une incidence sur la complétion de ces programmes en sciences infirmières par les étudiants, alors la mobilité des cours de formation serait un exemple de solution pour fournir la formation requise.

Un autre exemple est celui des sages-femmes. Comme je l'ai déjà dit, un bon nombre de nos femmes enceintes se rendent dans les grandes communautés jusqu'à trois mois avant la date prévue de l'accouchement. Imaginez un instant le fait d'être loin de sa famille, de son mari et de ses enfants, et le stress supplémentaire que cela peut occasionner. J'ai déjà travaillé dans le milieu de la santé publique, où je voyais des femmes se frapper le ventre parce qu'elles voulaient donner naissance et en finir. L'accouchement devrait être l'événement le plus heureux d'une grossesse, mais ces femmes se retrouvent loin de leurs familles. Elles reviennent à la maison avec leur nouveau-né, que leurs autres enfants accueillent, mais il n'y aura pas eu ce lien affectif qui aurait été créé si elles n'étaient pas parties accoucher ailleurs.

Dans un cadre traditionnel, j'ai vécu l'expérience d'un accouchement en présence de toute la famille. Lorsque j'avais environ sept ans, j'ai vu de mes yeux comment une femme accouchait. Ma mère me disait : « Voilà ce que tu vivras lorsque tu seras adulte et que tu auras des enfants ». C'est très éloigné de la manière traditionnelle de donner la vie que de se retrouver dans un environnement froid qui éloigne la mère de sa famille.

Il y a de nombreux exemples. Certains efforts ont porté sur le transfert de programmes de formation d'une communauté à une autre, pour voir ce qui fonctionne. La technologie d'aujourd'hui est également avantageuse, car on peut suivre des cours en ligne, mais encore une fois, ce sont les niveaux de scolarité qui compte.

L'ITK a tenu un sommet sur l'éducation qui portait tout particulièrement sur les Inuits. Nous sommes sur le point de signer, en avril, une entente sur l'éducation qui réunira les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux et nos quatre signataires des revendications territoriales. Les praticiens, les enseignants et les décideurs ont tous assisté à ce sommet. Nous avons mis en lumière des stratégies très particulières pour ce comité national, qui entreront en jeu pour qu'on mette l'accent sur la manière de s'attaquer aux lacunes en matière d'éducation.

We encourage you to also monitor this and see how we address it. Again, it is how to get the communities to take ownership of these social conditions.

There is a high level of turnover with nurses and doctors. If you are dealing with mental health, an individual may see a psychiatrist for 15 minutes and a determination is made within this 15-minute period that he or she has an illness. The person is labelled on his or her medical record with this, and many times there is no way of getting around that.

Retention is a real issue for us. Again, we need to put in that investment for Inuit to be front-line workers. It is a real challenge when we get the certified or university-degree Inuit. We are competing for them in different sectors, because we need the educated people.

We need to find the balance of ensuring that the expertise for the communities is retained for the long-term period.

**The Chair:** Thank you. Unfortunately, we have to adjourn. It is five o'clock. We will reconvene at six o'clock. I ask all guests to leave the room because we are going in camera for social affairs.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Wednesday, March 25, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 6 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the determinants of health (topic: population health policy for Aboriginal peoples).

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, I call the meeting to order. Our witnesses tonight are Erin Wolski, Health Director, Native Women's Association of Canada, NWAC, and Paulette Tremblay, Chief Executive Officer, National Aboriginal Health Organization, NAHO.

**Erin Wolski, Health Director, Native Women's Association of Canada:** I am a health director for the Native Women's Association of Canada. I am originally from the Treaty 9 territory in Northern Ontario and am a member of the Chapleau Cree First Nation.

I am very happy to be here.

Nous vous encourageons à surveiller également la situation et à voir comment y faire face. Encore une fois, il s'agit de déterminer comment amener les collectivités à être sensibles à ces conditions sociales.

Il y a un taux de roulement élevé chez notre personnel infirmier et nos médecins. Si l'on s'occupe de santé mentale, un individu pourra consulter un psychiatre pour 15 minutes, et on déterminera au cours de cette période que la personne concernée est atteinte d'une maladie. La personne affichera cette caractéristique dans son dossier médical, et il n'y a bien souvent aucune façon de l'éviter.

La rétention du personnel est pour nous un réel problème. Je répète que nous devons faire cet investissement pour que les Inuits puissent être des travailleurs de première ligne. C'est une véritable difficulté lorsqu'arrive un Inuit agréé ou déttenant un diplôme universitaire. Nous sommes en concurrence pour les embaucher dans différents secteurs, car nous avons besoin de ces gens instruits.

Nous devons trouver un équilibre pour nous assurer que cette expertise soit maintenue à long terme dans les collectivités.

**Le président :** Merci. Nous devons malheureusement lever cette séance. Il est 17 heures. Nous reprendrons nos travaux à 18 heures. Je demanderais à tous nos invités de quitter la salle, car nous allons siéger à huis clos pour étudier des affaires sociales.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, le mercredi 25 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 18 heures pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé (sujet : la politique en matière de santé des populations pour les peuples autochtones).

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Mesdames et messieurs les sénateurs, je déclare la séance ouverte. Nos témoins ce soir sont Erin Wolski, directrice de la santé, Association des femmes autochtones du Canada, ou AFAC, et Paulette Tremblay, directrice générale, Organisation nationale de la santé autochtone, ou ONSA.

**Erin Wolski, directrice de la santé, Association des femmes autochtones du Canada :** Je suis directrice de la santé à l'Association des femmes autochtones du Canada. Je suis originaire du territoire visé par le traité 9, dans le Nord de l'Ontario, et je suis membre de la Première nation crie de Chapleau.

Je suis heureuse d'être ici.

It is important to tell members of the committee who may not be aware, and to remind those who are aware, that NWAC is the only national Aboriginal organization in Canada solely responsible for representing the interests of Aboriginal women. We take this responsibility very seriously. While we appreciate being invited here today, I must express our disappointment with the scheduling and the manner in which our organizations were grouped today. We are disappointed with the separation that occurred.

All too often, Aboriginal women are relegated to the sidelines, our perspectives dismissed and our concerns undermined. It is a constant struggle to keep our issues on the table, and very disheartening when these types of things occur.

Aboriginal women's voices have been silenced by a broad range of influences within both Aboriginal and non-Aboriginal society. It is our goal to raise awareness of the impacts of this, but also to provide concrete ways in which our voices can be heard.

This meeting represents an opportunity for NWAC to put this on the table and to let you know that we believe we have a solution and a way forward. We have been heavily involved in work related to culturally relevant gender-based analysis this past year with support from Health Canada. Our culturally relevant gender-based analysis framework provides a mechanism where both gender and culture can be incorporated into policy development processes.

I will refer to that as the CRGBA. The CRGBA framework is one way that we think a balance of perspectives can be brought into the scope of work being done in health and beyond, not only at this level, but locally, regionally and across the country where Aboriginal women and their families live, work and access services.

Our purpose today is to discuss issue 3 of the subcommittee's Issues and Options report: *Implementing an Aboriginal Population Health Strategy*, an important issue to be sure, and this meeting comes at a critical stage. However, it can be agreed by all of us here today that a strategy to sustainably address Aboriginal peoples' health has yet to be developed. The population health approach is a good one, and if we consider the diversity of perspectives at this table, the outcomes will be more sustainable.

We should make the most of our precious time today with members of the committee and the Aboriginal organizations at this table to discuss ways we might work together toward the development of an Aboriginal population health strategy, and to discuss how we can do this meaningfully, incorporating gender and culture.

I can say with confidence that the women I represent would be more than willing to dedicate the time and effort needed to ensure that the strategy is successful.

Il importe de signaler à ceux qui ne le savent peut-être pas, et de rappeler à ceux qui le savent, que l'AFAC est la seule organisation autochtone nationale au Canada à être responsable de la défense des intérêts des femmes autochtones. Nous prenons cette responsabilité très au sérieux. Nous sommes bien contentes d'avoir été invitées à comparer ici aujourd'hui, mais je dois exprimer notre déception quant au moment choisi pour nous faire témoigner et à la façon dont ont été regroupées nos organisations aujourd'hui. Cette dissociation nous déçoit.

Trop souvent, les femmes autochtones sont reléguées à la marge, nos points de vue sont oubliés, et nos préoccupations, écartées. Cela est très décourageant, car il nous faut constamment nous battre pour qu'on continue à discuter de nos problèmes.

C'est toute une série d'influences à l'intérieur de la société autochtone elle-même et en dehors d'elle qui fait que la voix des femmes autochtones n'est pas entendue. Nous nous donnons pour but de sensibiliser les gens aux effets du phénomène, mais aussi de trouver des façons concrètes d'être entendues.

La réunion d'aujourd'hui permet à l'AFAC de faire valoir cela et de vous faire savoir que nous croyons avoir trouvé une solution, une façon d'aller de l'avant. Depuis un an, avec le concours de Santé Canada, nous participons intensivement aux travaux entourant la notion d'analyse fondée sur le sexe et adaptée à la culture. Notre cadre d'analyse fondé sur le sexe et adapté à la culture représente un mécanisme qui permet d'intégrer aux processus d'élaboration des politiques les notions de sexe et de culture à la fois.

Je vais parler du CASC en parlant de ce cadre. Le CASC nous paraît être une façon intéressante d'asseoir sur des perspectives équilibrées le travail effectué sur la santé et les autres questions, non seulement à ce niveau-ci, mais aussi au niveau local, régional et national, là où les femmes autochtones et leur famille vivent, travaillent et reçoivent des services.

La présente réunion vise à discuter de l'enjeu 3 du rapport de votre sous-comité — *Enjeux et options : Mettre en œuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone* —, question importante à n'en pas douter. Et nous nous réunissons à un moment critique. Je crois que nous pouvons tous nous entendre pour dire néanmoins qu'il n'y a toujours pas de stratégies durables sur la santé de la population autochtone. L'approche de santé de la population est valable, et si nous prenons en considération la diversité de perspectives défendues autour de cette table, nous pouvons dire que les résultats de la démarche auront une plus grande viabilité à long terme.

Nous devrions profiter autant que possible du temps précieux qui nous est accordé aujourd'hui — vous, les membres du comité, et nous, les organismes autochtones — pour discuter de la façon de collaborer à l'élaboration d'une stratégie sur la santé de la population autochtone et d'en faire un exercice fructueux, qui tient compte des notions de sexe et de culture.

Je peux vous garantir que les femmes que je représente seraient tout à fait prêtes à y mettre le temps et les efforts nécessaires pour s'assurer que cette entreprise soit couronnée de succès.

First and foremost, it should be acknowledged that, while Aboriginal people experience a disproportionate burden of ill health, Aboriginal women tip the scale in terms of experiencing multi-level impacts. Our women experience extreme burdens of ill health, more and more often. Aboriginal women are disproportionately represented in every aspect of society. We are the winners: We have the highest rates of poverty; we experience more violence and more chronic illness. We commit more suicides and we are incarcerated at the highest possible levels. Many of our women go missing and are murdered every year at astronomically high rates. These are the realities of the women I am here to represent. These are the realities created and perpetuated by Canada's legislative framework on Aboriginal peoples.

The culturally relevant GBA framework that I referred to earlier speaks to colonization, and the impacts and outcomes of the patriarchal institutions that were imposed upon our people through colonization.

It is important to preface my next comments by saying that colonization is not a historical event; it is a current event. Canadian legislation impacts Aboriginal people differentially and impacts Aboriginal men and women differentially. It impacts us today, every day in our day-to-day life.

With colonization came the systematic denigration of the value of Aboriginal women's roles in our society. Colonial laws were specifically targeted at Aboriginal women. Their connections to the land were recognized early on, and because land acquisition became a goal, Aboriginal women became the target. Through various laws, policies and Christian etiquettes, a demeaning and demoralizing portrayal became the identity of Aboriginal women in Canada, forcing them into an oppressed position in society.

The culturally relevant gender-based analysis framework we have developed captures the multi-level impacts of gender and cultural disadvantage, while revitalizing the value of Aboriginal women's roles and reconnecting culture and gender to positively impact health and healing.

The following case study on diabetes in Aboriginal people illustrates how that framework works. It is important to segregate data related to diabetes in order to truly understand the implications for Aboriginal women and men. Note that the need to disaggregate data is a relatively recent development. Health research and clinical trials were historically conducted on men only. Biological or hormonal differences, including pregnancy, were labelled syndromes. This placed women at a great risk, as the findings derived from male-oriented trials, when applied to women, rendered false and, at times, dangerous results.

Il faudrait avant tout reconnaître que les Autochtones en général sont beaucoup plus malades que les autres personnes, mais que les femmes autochtones subissent, elles, les conséquences de ce phénomène à de multiples niveaux. En effet, et cela est de plus en plus courant, nos femmes présentent un état de santé extrêmement mauvais. Les femmes autochtones sont surreprésentées dans tous les aspects de la société. Nous sommes les premières partout : nous sommes les plus pauvres, les plus violentées, les plus chroniquement malades. Nous nous suicidons plus et sommes les plus emprisonnées. Un nombre astronomique d'entre nous disparaissent et sont tuées chaque année. C'est là la réalité des femmes que je suis venue représenter ici aujourd'hui. C'est là la réalité créée et perpétuée par le cadre législatif canadien régissant les peuples autochtones.

Le cadre d'analyse fondé sur le sexe et adapté à la culture dont j'ai parlé plus tôt prend en considération la colonisation de même que les effets et conséquences des institutions patriarcales qui nous ont été imposées par le truchement de la colonisation.

Il importe pour moi de préparer le terrain aux observations que je vais formuler dans un instant en affirmant d'abord que la colonisation est non pas un événement historique, mais plutôt un événement actuel. Les lois canadiennes ont un effet différent sur les Autochtones, et elles ont aussi un effet différent sur les hommes et sur les femmes, parmi les Autochtones. Cela nous touche quotidiennement, chaque jour de notre vie.

La colonisation a amené un dénigrement systématique des femmes autochtones au sein de notre société. Les lois coloniales visaient précisément les femmes autochtones. Les liens avec la terre ont été reconnus dès le départ et, étant donné que l'acquisition des terres devenait un but, les femmes autochtones sont devenues la cible. Par des lois et des politiques, et par des règles religieuses chrétiennes, c'est un portrait méprisant et démoralisant de la femme autochtone au Canada qui est devenu en quelque sorte son identité, et l'a mise dans la position d'une personne opprimée au sein de la société.

Le cadre d'analyse fondé sur le sexe et adapté à la culture que nous avons mis au point permet de bien apprêhender les effets pluridimensionnels des désavantages liés au sexe et à la culture, tout en redonnant de la valeur au rôle des femmes autochtones et en refaisant le lien entre culture et sexe de manière à favoriser la santé et la guérison.

Je vais maintenant exposer une étude de cas sur le diabète chez les Autochtones qui permet d'illustrer le fonctionnement du cadre en question. Il importe de dissocier les données relatives au diabète des autres pour saisir parfaitement les conséquences du phénomène pour les femmes et les hommes autochtones. Notez que la nécessité de subdiviser les données n'a été reconnue qu'à une époque relativement récente. Historiquement, les recherches sur la santé et les essais cliniques avaient pour seul sujet l'homme. Les différences biologiques ou hormonales, notamment en ce qui concerne la grossesse, étaient associées à des syndromes. De ce fait, les femmes couraient un grave risque, étant donné que les conclusions d'essais centrés sur l'homme débouchaient sur des résultats erronés et parfois dangereux lorsqu'elles étaient appliquées aux femmes.

The data shows us that while Aboriginal people experience disproportionate rates of diabetes, Aboriginal women experience higher rates of diabetes than Aboriginal men. The data also shows us that men experience more amputations due to diabetes.

This information becomes critically important in dictating the direction of diabetes programming for Aboriginal people. Aboriginal women would benefit from preventive-type programs whereas Aboriginal men would benefit from self-care-type programs. However, when you add the cultural lens to this scenario, a clearer picture emerges about the disease that can broaden our understanding and perhaps trigger the development of more sustainable solutions. Through the CRGBA, facts will emerge that explain how and why Aboriginal women are predisposed to becoming diabetic and experiencing high rates of the disease.

The population health approach being proposed in this committee's paper is one that would be supported by the Aboriginal population given that it is akin to taking a traditional approach to health where the whole person is considered and issues are not looked at in isolation. While it is important to take measures to address Aboriginal peoples' health through a population health approach and through the development of a comprehensive strategy focusing on social determinants, it must be understood that these are outcomes. Our poor overall health standing is measured in poor housing needs, poor educational attainment and our low socio-economic status. These are all outcomes of a much bigger systemic issue.

Tackling Aboriginal issues in a symptoms-based approach will not bring about the type of sustainable, long-term change we need. We — each and every one of us here today — need to discuss the real issues, the root causes that have created our current situation. We cannot continue to ignore how our circumstances have been created and how they are being perpetuated — and, yes, these are complex issues. The Aboriginal condition in Canada today came about through a systematic, concerted agenda of a dominant culture to eliminate the Indian problem and will take a systematic, concerted agenda to change.

I would like to encourage you all to consider the cultural, gendered approach to Aboriginal health and health issues. We should consider for a moment the risks we are taking with our future if we choose to ignore this perspective.

As Aboriginal women, our priorities are our children, our grandchildren and our future generations. Our concerns are for family and community health and well-being. We need to be thinking in this context and ask ourselves: What actions are we taking today that will impact the health of our children, our

Les données nous montrent que le taux de diabète chez les Autochtones est disproportionnellement élevé, mais aussi que les femmes autochtones présentent un taux de diabète plus élevé que les hommes autochtones. Les données nous montrent aussi que les hommes se font plus souvent amputer en raison du diabète.

Ces informations-là deviennent extrêmement importantes pour qui doit décider de l'orientation des programmes de lutte contre le diabète chez les Autochtones. Les femmes autochtones bénéficiaient de programmes de prévention, alors que les hommes autochtones bénéficiaient de programmes axés sur la prise en charge de soi. Par contre, ajoutez la dimension culturelle à ce scénario et vous obtenez en rapport avec la maladie en question un tableau mieux défini qui peut élargir notre compréhension du diabète et déclencher peut-être la mise au point de solutions plus durables. Le CASC fera ressortir des faits servant à expliquer comment et pourquoi les femmes autochtones sont prédisposées au diabète et présentent un taux de diabète plus élevé.

Les Autochtones appuieraient la stratégie sur la santé de la population qui est proposée dans ce rapport du comité dans la mesure où elle équivaut à une approche traditionnelle de la santé où la personne est considérée dans son ensemble et où les problèmes ne sont pas examinés isolément. Il importe de prendre des mesures pour améliorer la santé des peuples autochtones grâce à une approche fondée sur la santé de la population et à l'élaboration d'une stratégie globale axée sur les déterminants sociaux, mais il faut aussi comprendre qu'il s'agit là de résultats. Notre mauvaise santé générale ressort de nos besoins impérieux en matière de logement, de notre faible niveau de scolarisation et de notre statut socioéconomique inférieur. Or, ce sont tous là des résultats d'un problème systémique beaucoup plus vaste.

Pour changer la situation des Autochtones de manière durable, on ne peut s'attaquer à leurs problèmes en se concentrant uniquement sur les symptômes. Nous devons tous — chacun d'entre nous, ici, aujourd'hui — discuter des problèmes réels, des causes profondes de notre situation actuelle. Nous ne pouvons refuser toujours de voir comment nous nous sommes retrouvés dans cette situation et comment celle-ci s'est perpétuée — et, oui, il s'agit là de problèmes complexes. La situation actuelle des Autochtones au Canada est le fruit d'un programme d'action concerté et systématique de la culture dominante en vue d'éradiquer le problème des Indiens, et il faudra donc déployer des efforts concertés et systématiques pour la changer.

Je vous encouragerais tous à envisager une approche de la santé et des problèmes de santé des Autochtones qui tiennent compte de la culture et du sexe. Nous devrions envisager un moment les risques que nous courrons, face à l'avenir, si nous choisissons de ne pas tenir compte d'une telle perspective.

Pour nous, femmes autochtones, nos enfants, nos petits-enfants et les générations futures représentent la priorité. Nous nous préoccupons de la santé et du bien-être de nos familles et de notre collectivité. Nous devons donc penser de cette façon et nous demander : quelles mesures pouvons-nous prendre

families and our communities? If we make our children the priority, the things we choose to focus on today might be different.

To reiterate, I do believe that it is important to address the social determinants of health, as you have identified them. However, the missing elements — the most critical elements — are the systemic issues. We should not be focused on beating the odds. We should be focused on changing the odds.

**The Chair:** Thank you. I want to apologize for the disruption that occurred today. Life in a place like this does not always go smoothly. We did not really mean any harm, but I am sorry. Ms. Tremblay, please proceed.

**Paulette Tremblay, Chief Executive Officer, National Aboriginal Health Organization:** I would like to extend warm greetings to the chair of the subcommittee, Senator Keon, and the senators on the committee.

Thank you for inviting the National Aboriginal Health Organization, or NAHO, to participate in this public hearing about the extremely important topic of First Nations, Inuit and Metis population health policy in Canada. I am a Mohawk from the Six Nations of the Grand River Territory in Southern Ontario and I belong to the Turtle Clan. I am here today in my role as chief executive officer of NAHO. NAHO was established in 2000 to influence and advance the health and well-being of First Nations, Inuit and Metis peoples and communities by carrying out knowledge-based activities and strategies.

In responding to the issues posed and the options available in the most recent report, *Population Health Policy in Canada: Federal and Provincial/Territorial Perspectives*, NAHO supports the following options as the 'future focus' to address First Nations, Inuit and Metis population health policy in Canada. We extended this looking at all three options because we thought it was more viable than being restricted to just option 3.

First, we believe that a comprehensive population health strategy for First Nations, Inuit and Metis peoples, with a 'whole government approach' that links health to other policy fields and the interaction among the determinants to better understand the health and well-being of First Nations, Inuit and Metis peoples, is absolutely essential. This deals with issue 2, option 4. We would like to bring your attention to the fact that you cannot implement something before it is developed. The word that was used was "implementation." We would say that we need to develop it first, before we can implement.

Given the interacting influence of the determinants of health, focusing on selected determinants is inadequate. According to the 1946 World Health Organization, WHO, a broad definition of

aujourd'hui pour améliorer la santé de nos enfants, de nos familles et de nos collectivités? Si nous accordons la priorité à nos enfants, ce sur quoi nous choisissons de nous concentrer aujourd'hui sera peut-être différent.

Pour résumer, je suis convaincu qu'il importe de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé tels que vous les recensez. Toutefois, les éléments manquants — les éléments les plus cruciaux —, ce sont les problèmes systémiques. Nous ne devrions pas chercher à déjouer les statistiques, nous devrions chercher à changer ces statistiques.

**Le président :** Merci. Nos travaux ont été perturbés aujourd'hui; je veux m'en excuser. La vie ne se déroule pas toujours sans heurts dans une assemblée comme la nôtre. Ce n'était pas du tout malicieux. Je m'excuse. Madame Tremblay, allez-y.

**Paulette Tremblay, directrice générale, Organisation nationale de la santé autochtone :** Je salue chaleureusement le président du sous-comité, le sénateur Keon, et les membres du comité eux-mêmes.

Merci d'inviter l'Organisation nationale de la santé autochtone, ou ONSA, à prendre part à la présente audience publique sur un sujet extrêmement important, soit la politique canadienne de santé de la population des Premières nations, des Inuits et des Métis. Je suis moi-même une Mohawk, du Territoire des Six-Nations de la rivière Grand, dans le Sud de l'Ontario, et membre du clan de la Tortue. Je viens témoigner aujourd'hui en tant que directrice générale de l'ONSA. L'ONSA a été mise sur pied en 2000 pour favoriser la santé et le bien-être des peuples et communautés des Premières nations, Inuits et Métis au moyen d'activités et de stratégies axées sur le savoir.

Pour réagir aux questions posées et aux options proposées dans le rapport le plus récent du comité, *Politique sur la santé de la population au Canada : perspectives fédérales, provinciales et territoriales*, l'ONSA propose les options décrites ci-dessous pour asseoir, pour l'avenir, la politique sur la santé de la population des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada. Nous avons décidé d'élargir notre regard et d'examiner les trois options parce que cela nous paraissait plus viable que le fait de se restreindre à la seule option 3.

Premièrement, nous sommes d'avis qu'il est absolument essentiel d'adopter une stratégie globale sur la santé de la population des Premières nations, des Inuits et des Métis dans la mesure où elle repose sur une « approche pangouvernementale » qui fait les liens nécessaires entre la santé et les autres domaines relevant de la politique gouvernementale et qui met en relief l'interaction entre les déterminants de la santé, pour que nous puissions mieux comprendre la santé et le bien-être des Premières nations, des Inuits et des Métis. Il est question ici de l'enjeu 2, option 4. Nous souhaitons porter un fait à votre attention : on ne saurait mettre en œuvre une chose qui n'a pas encore été conçue. C'était le terme employé : « mettre en œuvre ». Nous disons qu'il faut d'abord concevoir la chose, pour ensuite la mettre en œuvre.

Comme les déterminants de la santé s'influencent entre eux, il ne convient pas d'en retenir certains seulement. L'ONSA est d'accord avec la définition élargie de la santé adoptée par

health that transformed the analysis of health from an 'absence of disease' model to one that encompasses a holistic wellness approach is what NAHO would support. The emergence of the WHO definition states the preferred approach, namely an integrated approach linking together all the factors related to human well-being, including the physical and social surroundings conducive to good health. Thus, the focus is on wellness and good health.

To ensure this approach to address population health is effective, it is of utmost importance to engage First Nations, Inuit and Metis leadership from the outset, from ministerial-level meetings to the technical-level discussions and planning. Furthermore, the effective participation of First Nations, Inuit and Metis communities and organizations will require the provision of additional new resources for these bodies to be able to participate.

Second, in order to be successful, an unprecedented level of collaboration and intersectoral action which engages First Nations, Inuit and Metis communities, federal government departments, the federal, provincial and territorial governments, First Nations, Inuit and Metis governments, and the non-governmental sector will be required. This is issue 2, option 6. Working across sectors is necessary to address the determinants of health and to determine which interventions at the community levels are most promising and producing positive results. This needs to be a staged process of inclusive evidence and partnership building. It should include the establishment of health goals, objectives, indicators and targets that are derived from an investment in First Nations, Inuit and Metis-specific research.

That is why I am using the three terms. We do not use "Aboriginal" at NAHO; we say First Nations, Inuit and Metis. Although it is in our name, we are trying to get the focus to be population specific. We are a search organization and this is very important. This is issue 2, option 2.

It will also be necessary to examine and modify Treasury Board authorities to allow for cross-sectoral and intergovernmental collaboration. All departments will have to be involved. Therefore, Treasury Board and Health Canada need to share the mandate to develop a First Nations, Inuit and Metis population health strategy. Investments must be made in order to track health outcomes and support research on interventions.

I cannot emphasize enough how important this is. The ability to make targeted interventions and evaluate them is the key to enhancing the health of First Nations, Inuit and Metis. Currently in Canada, the systems for tracking and evaluating interventions are seriously underdeveloped.

l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, en 1946. Selon l'analyse adoptée pour en arriver à cette définition, il s'agit de délaisser la notion d'"absence de maladie" pour une approche globale du mieux-être. La définition nouvelle de l'OMS énonce l'approche à privilégié, soit une approche intégrée qui relie tous les facteurs liés au bien-être des humains, y compris le milieu matériel et social propice à une bonne santé. Par conséquent, il s'agit de privilégier le mieux-être et une bonne santé.

Si nous voulons nous assurer que l'approche de santé de la population est efficace, il est impératif de faire appel aux dirigeants des Premières nations, des Inuits et des Métis dès le départ, depuis les réunions entre représentants des ministres jusqu'à la planification, en passant par les discussions d'ordre technique. Par ailleurs, pour que les communautés et organismes des Premières nations, des Inuits et des Métis puissent bien participer à la démarche, il faudra débloquer des ressources.

Deuxièmement, pour que la démarche porte fruit, il faudra un degré de collaboration et de concertation intersectorielle sans précédent qui mobilise les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, les ministères, les administrations fédérale, provinciales et territoriales, les administrations des Premières nations, des Inuits et des Métis et le secteur non gouvernemental. Il est question ici de l'enjeu 2, option 6. Il faut que les secteurs collaborent pour appréhender les déterminants de la santé et déterminer quelles interventions se révèlent les plus prometteuses et produisent les résultats les plus heureux à l'échelle communautaire. Le processus doit être progressif, comporter des données inclusives et miser sur le partenariat. La démarche devrait consister notamment à fixer les buts, les objectifs, les indicateurs et les cibles voulu à partir d'un investissement fait dans des recherches portant précisément sur les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Voilà pourquoi j'utilise les trois termes. Nous n'employons pas le terme « Autochtones » à l'ONSA; nous disons Premières nations, Inuits et Métis. Même si le terme figure dans notre nom lui-même, nous essayons de délimiter précisément les populations. Notre organisme s'intéresse d'abord et avant tout à la recherche; il est très important de le noter. Il est question ici de l'enjeu 2, option 2.

De même, il sera nécessaire d'examiner et de modifier les autorisations du Conseil du Trésor pour permettre la collaboration intersectorielle et intergouvernementale. Tous les ministères devront mettre la main à la pâte. Le Conseil du Trésor et Santé Canada devront donc travailler à un mandat commun, soit d'élaborer la stratégie sur la population des Premières nations, des Inuits et des Métis. Il faudra faire les investissements nécessaires pour contrôler les résultats en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions effectuées.

Je ne saurais trop dire à quel point c'est important. La capacité de pratiquer des interventions ciblées et de les évaluer par la suite constitue un élément clé pour améliorer la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. En ce moment, les systèmes de suivi et d'évaluation des interventions au Canada sont gravement sous-développés.

Third, it would be beneficial to combine an investment in more population health research and the enhancement of knowledge translation — this is issue 1, option 2 — with strengthening peer learning among First Nations, Inuit and Metis populations. This is issue 3, option 3. The investment in research would create the necessary indicators, baseline of health outcomes, disparities and what works. Promising practices recommend disaggregated data generated under the leadership of, or with full cooperation of, First Nations, Inuit and Metis communities in the design and implementation of research and surveillance projects and programs.

NAHO, working in collaboration with partners such as the Institute of Aboriginal Peoples' Health or the Canadian Institutes of Health Research, the Aboriginal Health Research Networks, and the First Nations, Inuit and Metis community colleges, is prepared to play a major role in this area. NAHO has a history of success in knowledge translation, promotion of First Nations, Inuit and Metis health, and public education.

The federal government must make investments at the community level. They must ensure community-level priorities are addressed in a community-driven approach. It is well known that a top-down approach does not, and will not, work — only a community-driven approach will ensure the built-in flexibility to accommodate the diversity of First Nations, Inuit and Metis populations in Canada. Community control over resources has an amplifying effect on results. When programs and decisions are under the control of an appropriate community authority, outcomes are improved compared to similarly resourced but externally controlled and applied processes.

NAHO is unique. We are a non-profit organization founded upon and committed to unity while respecting diversity. We are community focused. NAHO gathers, creates, interprets, disseminates and uses both traditional First Nations, Inuit and Metis and contemporary western healing and wellness approaches. NAHO reflects the values and principles contained in traditional knowledge and traditional healing practices.

NAHO has three centres that focus on population-specific health and well-being initiatives: the First Nations Centre, the Inuit Tuttarvingat and the Metis Centre. NAHO also has a communications research unit that looks at crosscutting initiatives, highlighting two or three of the populations — First Nations, Inuit and Metis. For example, NAHO has the following crosscutting resources available on our website: the Honouring Life Network, which is a suicide prevention resource; the National Aboriginal Role Model Program, which is hugely successful across the country, where role models go out to

Troisièmement, il serait avantageux de combiner, d'abord, un plus grand investissement dans la recherche sur la santé de la population et l'amélioration de l'application des connaissances — c'est l'enjeu 1, option 2 — et, ensuite, le renforcement de l'apprentissage entre pairs dans les populations des Premières nations, des Inuits et des Métis. C'est l'enjeu 3, option 3. L'investissement fait dans la recherche servirait à créer les indicateurs nécessaires et à établir les données de base relatives aux résultats, à relever aussi les disparités et les interventions fructueuses. D'après les pratiques prometteuses qui ont été relevées, il est à conseiller de produire des données subdivisées sous la direction des communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis, sinon avec leur pleine coopération, lorsqu'il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre les programmes et projets de recherche et de surveillance.

De concert avec des partenaires comme l'Institut de la santé des Autochtones ou les Instituts de recherche en santé du Canada, les Réseaux de recherche sur la santé autochtone de même que des collèges communautaires des Premières nations, des Inuits et des Métis, l'ONSA est prête à jouer un rôle d'importance dans le domaine. L'ONSA présente un bilan fructueux en application des connaissances, en promotion de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis et en éducation du public.

Le gouvernement fédéral doit faire des investissements à l'échelle communautaire. Il doit s'assurer que ce sont des priorités communautaires qui priment suivant une approche qui vient de la communauté elle-même. Il est bien connu que les approches imposées depuis le sommet de la pyramide ne fonctionnent pas, qu'elles ne peuvent fonctionner — seule une approche mue par la communauté elle-même comportera certainement la souplesse nécessaire pour s'adapter à la diversité des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis au Canada. Le contrôle exercé par une communauté sur les ressources produit un effet multiplicateur sur les résultats. Lorsque les programmes et les décisions relèvent de l'instance appropriée au sein de la communauté, les résultats sont supérieurs dans la mesure où les ressources sont les mêmes.

L'ONSA est unique. Nous formons un organisme sans but lucratif fondé sur l'unité et voué à l'unité, mais qui respecte en même temps la diversité. Nous sommes centrés sur la communauté. L'ONSA relève, crée, interprète, diffuse et applique des approches de guérison et de mieux-être issus à la fois des idées traditionnelles des Premières nations, des Inuits et des Métis et des conceptions modernes de l'Occident. L'ONSA incarne les valeurs et les principes propres aux pratiques traditionnelles de connaissance et de guérison.

L'ONSA compte trois centres dont le travail s'articule autour d'initiatives relatives au bien-être et à la santé d'une population précise : le First Nations Centre, l'Inuit Tuttarvingat et le Centre des Métis. L'ONSA compte également un service de recherche sur les communications qui s'attache à des projets intersectoriels en insistant sur deux ou trois des populations — les Premières nations, les Inuits et les Métis. Par exemple, l'ONSA propose sur son site Web les ressources intersectorielles suivantes : le Réseau du respect de la vie, pour la prévention du suicide; le Programme national des modèles autochtones, qui gagne toutes sortes

communities to work with community youth; the Aboriginal Children's Circle of Early Learning, a website on early childhood development; and the Journal of Aboriginal Health. This is simply a few of the resources. I encourage you to visit our website at [www.naho.ca](http://www.naho.ca) where there are many more resources available, including some specific to population health.

Recent demographics paint a clear picture of the tremendous growth of the First Nations, Inuit and Metis populations. This creates an opportunity for Canada to make significant investments in human resources that have the potential to make positive and long-lasting contributions to communities and the country. There are benefits to be gained from investment, action and collaborative ongoing relationships. According to the Statistics Canada 2006 Census, there are 1,172,790 Aboriginal peoples that accounts for 4 per cent of Canada's population. Of these populations, First Nations account for 60 per cent, Inuit are 7 per cent and Metis are 33 per cent.

The First Nations, Inuit and Metis populations are the fastest growing segment of the population, growing nearly six times faster than the 8 per cent increase for the non-Aboriginal population. Metis are growing more than 11 times faster and First Nations and Inuit are both growing at three times a faster rate than the non-Aboriginal population. These are significant growth rates.

Fifty-four per cent of Aboriginal people live in urban areas and 48 per cent of the First Nations, Inuit and Metis population consists of children and youth aged 24 years and under, compared to 31 per cent of the non-Aboriginal population.

However, the most striking statistic that we must pay attention to is the next one. The First Nations, Inuit and Metis populations are young. Half of the Inuit population is 22 years and younger; half of the First Nations population is 25 years and younger; and half of the Metis population is 30 years and younger. This compares to half of the non-Aboriginal population, which is 40 years and younger.

This means we have to pay attention. Our children are very important and they need us today, not tomorrow. The time to act is now.

In conclusion, I commend you on embarking on this arduous, but necessary, journey. Please remember that an approach that engages the right parties from the very beginning, with communities as the focal point of any intervention, is the one that will be successful.

**The Chair:** Thank you, Ms. Tremblay. We have with us Rose Sones who would like to clarify some of the testimony that occurred earlier this afternoon.

d'adeptes partout au pays et qui propose aux jeunes des communautés des modèles de comportement; le Cercle d'apprentissage à la petite enfance autochtone, site Web sur le développement durant la petite enfance; et le Bulletin sur la santé autochtone. Ce ne sont là que quelques-unes des ressources en question. Je vous encourage à visiter notre site Web au [www.naho.ca](http://www.naho.ca), où vous trouverez de nombreuses autres ressources encore, y compris des ressources portant particulièrement sur la santé de la population.

Des données démographiques récentes font ressortir clairement la croissance phénoménale des populations des Premières nations, Inuits et Métis. C'est l'occasion pour le Canada de faire des investissements importants dans les ressources humaines de manière à créer peut-être quelque chose de positif et de durable pour les collectivités et le pays lui-même. L'investissement, l'action et la collaboration soutenue procurent des avantages qu'il faut saisir. Selon le recensement de 2006 de Statistique Canada, il y a au pays 1 172 790 Autochtones, ce qui représente 4 p. 100 de la population canadienne. Dans cet ensemble, il faut compter 60 p. 100 de membres des Premières nations, 7 p. 100 d'Inuits et 33 p. 100 de Métis.

Les populations des Premières nations, Inuits et Métis représentent le segment de la population qui croît le plus rapidement, soit six fois plus rapidement que le segment non autochtone, dont le taux de croissance s'élève à 8 p. 100. Les Métis croissent à un rythme 11 fois plus rapide, alors que les Premières nations et les Inuits croissent à un rythme trois fois plus rapide que celui de la population non autochtone. Ce sont là des taux de croissance importants.

Cinquante-quatre pour cent des Autochtones vivent en milieu urbain et 48 p. 100 des Premières nations, des Inuits et des Métis entrent dans la catégorie des jeunes, c'est-à-dire qu'ils ont 24 ans ou moins, par rapport à 31 p. 100 de la population non autochtone.

Cependant, voici la statistique la plus saisissante, à laquelle nous devons nous attacher. Les populations des Premières nations, Inuits et Métis sont jeunes. La moitié des Inuits ont 22 ans ou moins; la moitié des Premières nations ont 25 ans ou moins; et la moitié des Métis ont 30 ans ou moins. Par contraste, la moitié de la population non autochtone a 40 ans ou moins.

Cela veut dire que nous devons nous attacher à cette question-là. Les enfants sont très importants et ils ont besoin de nous dès aujourd'hui, pas demain. Il faut agir dès maintenant.

En guise de conclusion, je vous félicite de vous être lancés dans cette aventure difficile, mais combien nécessaire. N'oubliez pas que l'approche fructueuse est celle qui fait appel aux bonnes parties dès le départ et qui fait de la communauté le centre de toute intervention.

**Le président :** Merci, madame Tremblay. Nous accueillons Rose Sones, qui aimerait apporter des éclaircissements sur certains des témoignages que nous avons entendus au début de l'après-midi.

**Rose Sones, Assistant Director, Strategic Policy for Health and Social, Assembly of First Nations:** There were two questions asked and I thank you for the opportunity to clarify them.

One of the questions was in regard to the *Blueprint on Aboriginal Health*. I should clarify that we referred — maybe in error — to the blueprint also as the Kelowna Accord. We use them somewhat interchangeably. The actual document, the *Blueprint on Aboriginal Health*, is a public document and was fully supported by the provinces and territories.

The question arises about what happened to it and who has responsibility to move this forward. In the fall of 2005, the provinces, territories and the federal government, as well as all five national Aboriginal organizations, including the AFN, were at the table. We signed off on it. It was a surprising turn of events when the election occurred and the next government refused to acknowledge it. In fact, I think the next government referred to this document as a press release. It was a surprising turn of events. First Nations communities continue to show their support for this. Provinces and territories have said publicly that this was a good plan. We needed to move forward with it.

To emphasize the continuing support for it, a private member's bill, C-292, was passed by the House of Commons and the Senate to implement the Kelowna Accord. It demanded that the federal government be accountable and report back yearly on its progress.

The Prime Minister noted in his apology on behalf of Canada to residential school survivors that this was a new beginning and an opportunity to move forward together in partnership. We are still waiting for movement. We believe that, for the federal government, this is now the time to act.

The question also asked about the comprehensiveness of the *Blueprint on Aboriginal Health*. It is now a dated document; it was written in 2005. It was done in full consultation. First Nations in every single region of the country did a lot of work and prepared regional plans on it as well. We could update it, particularly to match some of the evolution in technology in health. However, the base principles in that document are still worth pursuing.

You had one other question around the cap on funding, if I have the opportunity to clarify that as well. The question was whether it was based on population. This has been lost somewhat in corporate history now. In the late 1980s, development on the

**Rose Sones, directrice adjointe, Politiques stratégiques, Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières Nations :** C'est en rapport avec deux des questions qui avaient été posées; je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de pouvoir apporter des précisions là-dessus.

Une des questions portait sur le *Plan directeur de la santé des Autochtones*. Je dois préciser que — et c'est peut-être par erreur — nous avons appartenir le plan directeur à l'Accord de Kelowna. Nous avons utilisé plan directeur et accord de Kelowna de manière interchangeable. En réalité, le document lui-même, intitulé *Plan directeur de la santé des Autochtones*, est un document public qui bénéficiait du plein appui des provinces et des territoires.

Il faut se demander ce qu'il en advient et qui a la responsabilité de faire progresser le dossier. À l'automne 2005, les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, de même que cinq organismes autochtones nationaux, y compris l'APN, s'étaient réunis autour de la table. Nous avons donné notre assentiment. De façon inattendue, il y a eu les élections, puis le nouveau gouvernement a refusé de reconnaître l'entente. De fait, je crois que le nouveau gouvernement a qualifié le document en question de communiqué de presse. C'était une tournure inattendue. Les communautés des Premières nations continuent de montrer qu'elles appuient ce document. Les provinces et les territoires ont affirmé publiquement que c'était un bon plan. Nous devons aller de l'avant avec ce plan.

La Chambre des communes et le Sénat ont adopté un projet de loi d'initiative parlementaire, le C-292, pour mettre en œuvre l'Accord de Kelowna — ce qui montre très bien que la chose bénéficiait toujours d'appuis. Le projet de loi exigeait du gouvernement fédéral qu'il rende des comptes à ce sujet et fasse rapport tous les ans sur l'état d'avancement du plan.

Dans les excuses qu'il a présentées au nom du Canada aux victimes des pensionnats indiens, le premier ministre a déclaré qu'il s'agit d'un nouveau départ, une occasion d'aller de l'avant de concert. Nous attendons toujours qu'il se passe quelque chose de ce côté-là. Nous croyons que le moment est venu pour le gouvernement fédéral d'agir.

La question visait aussi à déterminer si le *Plan directeur de la santé des Autochtones* est complet. C'est un document qui a vieilli; la rédaction remonte à 2005. Tous les intéressés avaient été consultés. Dans tous les coins du pays, les Premières nations ont fait beaucoup de travail en ce sens et préparé un plan régional aussi. Nous pourrions mettre cela à jour, particulièrement en fonction de l'évolution des techniques dans le domaine de la santé dans certains cas. Cependant, les principes de base énoncés dans le document demeurent valables.

Vous aviez posé une autre question sur le plafond imposé au financement; si vous le permettez, j'apporterai une précision là-dessus aussi. Il s'agissait de savoir si c'était établi en fonction de la population. C'est un renseignement qui s'est plus ou moins

long-term strategic finances for non-insured health benefits drove a lot of the funding that occurs now.

In the 1980s, the decision was made to hold at a lower level of yearly increase because it was believed that First Nations populations would not grow. Therefore, our funding is essentially locked at that 1980's population. I do not have the statistics in front of me on how much the population has grown since then. However, the funding certainly does not reflect population growth, and it does not reflect the cost of increases, the real cost of doing business.

I thank you for that opportunity to clarify these points.

**The Chair:** Thank you, Ms. Sones.

Senators have questions for all of you, but before moving on I want to ask Ms. Wolski about empowerment of women since you represent the Native Women's Association of Canada. It has seemed to me for a long time that one of the most powerful instruments to eliminate many of the problems, indeed, in the world, but certainly in our own country, revolves around the empowerment of women.

There has been significant progress in the non-Aboriginal world. However, women certainly are still not empowered the way they should be. In areas of less affluence, it appears that women's empowerment is really compromised. How can we do something useful in the report for the empowerment of women?

**Ms. Wolski:** First and foremost, the culturally relevant gender-based analysis framework we have developed has a fundamental piece about inclusion. Aboriginal women want to be at the table. They want to be included in policy development and processes and in dialogue occurring around issues that impact them. Too often, they are either made tokens or other organizations or people say they are representing the women.

To a large degree, we simply want to be at the table. That is what we have been striving for over the past 35 years since NWAC was originally incorporated. We want that voice at the table because our perspective is often lost. Women's priorities are different from men's priorities. By incorporating those perspectives, we have a better ability to reach and achieve sustainable change. It is simply inclusion.

**The Chair:** Do you think you are making significant progress?

**Ms. Wolski:** I feel we are. I feel there is a movement occurring right now. I honestly and truly believe that something is happening. I am quite excited about what will happen over the

perdu dans les méandres de l'histoire institutionnelle. À la fin des années 1980, des décisions entourant le financement stratégique à long terme des prestations de santé non assurées ont animé un mouvement qui détermine une bonne part du financement qui existe aujourd'hui.

Durant les années 1980, on a retenu un taux d'augmentation annuel relativement bas en fonction de l'idée que la population des Premières nations n'allait pas croître. Essentiellement, notre financement se retrouve donc bloqué à un niveau correspondant à la population des années 1980. Je n'ai pas devant les yeux des statistiques relatives à la croissance de la population qui est survenue depuis. Par contre, on peut certes dire que le financement ne concorde pas avec la croissance de la population et qu'il ne concorde pas avec le coût des augmentations, le coût réel d'exploitation.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'apporter ces précisions.

**Le président :** Merci, madame Sones.

Les sénateurs ont des questions pour tous les témoins, mais, avant de continuer, je veux sonder Mme Wolski à propos de l'émancation des femmes. Madame Wolski, vous représentez l'Association des femmes autochtones du Canada. Je crois depuis longtemps que l'un des moyens d'action les plus puissants que l'on puisse utiliser pour éliminer nombre des problèmes qui existent dans le monde, certes, mais dans notre propre pays assurément, repose sur l'émancation des femmes.

Or, il y a eu des progrès considérables en dehors du monde autochtone. Cependant, les femmes n'ont toujours pas le pouvoir qu'elles devraient avoir sur leur vie, sans aucun doute. Là où les gens sont moins nantis, il semble que l'autonomie des femmes soit vraiment compromise. En quoi notre rapport peut-il être utile à la cause des femmes?

**Mme Wolski :** D'abord et avant tout, notre cadre d'analyse fondé sur le sexe et adapté à la culture comporte un principe fondamental d'inclusion. Les femmes autochtones veulent être représentées. Elles veulent prendre part à l'élaboration des politiques et des procédés, de même qu'au dialogue entourant les questions qui ont une incidence sur elles. Trop souvent, elles sont reléguées à un rôle symbolique, sinon d'autres organismes, d'autres gens prétendent les représenter.

Pour une bonne part, c'est simplement que nous souhaitons être présentes à la table. C'est ce à quoi nous aspirons depuis plus de 35 ans, depuis la création même de l'AFAC. Nous tenons à être présentes à la table, sinon, souvent, notre perspective reste lettre morte. Les priorités des femmes ne sont pas les priorités des hommes. En intégrant les perspectives en question, nous sommes mieux en mesure d'en arriver à un changement durable. C'est simplement une question d'inclusion.

**Le président :** Estimez-vous faire des progrès importants?

**Mme Wolski :** Oui, j'ai l'impression qu'il y a un mouvement qui se déploie en ce moment. Je suis tout à fait convaincue qu'il y a quelque chose qui se passe. Cela m'exalte vraiment de songer à

next five to ten years with Aboriginal women. There are more of us proportionally in school today. Significant changes and acknowledgements are being made.

Statistics are still fairly negative in terms of the high levels of poverty. Seventy-one per cent of Aboriginal women live away from the reserve. There is not a lot of acknowledgement of that. Eighty per cent of those women are raising their families single-handedly. Forty per cent of those are living in poverty. We are raising families while we are in school, and we are doing it in poverty. There is much to be said for the achievements that we have made recently. There is momentum.

**Senator Eggleton:** I was interested to hear about whether we should take a comprehensive or an incremental approach. Ms. Tremblay answered that quite well.

I take it Ms. Wolski would also prefer a comprehensive approach.

I asked earlier about the blueprint, and I think I got a response on that, so my questions have been answered.

**Senator Pépin:** You just told us about what is going on with women, saying that they are single parents living in poverty, et cetera. With regard to health, I know that you do not have enough nurses and doctors. I know that you are not the decision makers in other areas, but are you leaders with regard to health services? How is it organized, and how would you organize it better? How could the government help you with that?

**Ms. Wolski:** Aboriginal women are clearly taking the lead role in delivering health services in our communities and in urban centres. Women in general are taking that role, and Aboriginal women in particular. However, there must be attention paid to those women who are struggling in poverty and do not have equitable access to health services. While there are a number of us in health care services, there are more of us trying to access those services. There are currently many initiatives to adapt health care services to better meet the needs of Aboriginal people.

**Senator Pépin:** Do they listen to you? Women are the ones providing the services. You are the majority and you know best.

**Ms. Wolski:** Exactly. We are accessing the services and bringing our children to access them. Change is underway, as I was saying earlier. Initiatives have been taken by Health Canada, for example. It is to be determined what type of impact they will have, but there is a lot of good news.

**Senator Pépin:** Is there a way to measure the impact, to know whether it is positive or how it could be corrected?

ce qui va se produire chez les femmes autochtones au cours des cinq à dix prochaines années. Proportionnellement, nous fréquentons davantage l'école aujourd'hui. D'importants changements se produisent, d'importants faits sont maintenant reconnus.

Les statistiques laissent toujours voir un portrait assez négatif au sens où les taux de pauvreté demeurent élevés. Soixante et onze pour cent des femmes autochtones habitent en dehors de la réserve. C'est un fait qui n'est pas souvent reconnu. Quatre-vingts pour cent d'entre elles sont seules pour s'occuper de leur famille. Quarante pour cent sont pauvres. Nous élevons des enfants en étudiant, et en étant pauvres. Ce que nous avons pu faire récemment mérite d'être souligné. Il y a une sorte d'impulsion.

**Le sénateur Eggleton :** Cela m'intéressait de savoir si nous devrions adopter une approche globale ou progressive. Mme Tremblay a très bien répondre à la question.

Je présume que Mme Wolski préférerait aussi une approche globale.

J'ai posé plus tôt une question sur le plan directeur et je crois avoir obtenu une réponse à cette question-là; on a donc répondu à mes questions.

**Le sénateur Pépin :** Vous venez de nous parler de ce qui se passe du côté des femmes, du fait qu'elles élèvent les enfants seules tout en étant pauvres et ainsi de suite. Du point de vue de la santé, je sais que vous ne disposez pas d'un nombre suffisant d'infirmières et de médecins. Je sais que vous n'êtes pas des décideurs dans d'autres secteurs, mais menez-vous le dossier en ce qui concerne les services de santé? Comment est-ce organisé, comment pourriez-vous vous y prendre pour mieux organiser les services de santé? Que pourra faire le gouvernement pour vous aider sur ce plan?

**Mme Wolski :** Les femmes autochtones prennent indéniablement en charge les services de santé au sein de nos communautés et des centres urbains. Les femmes en général et les femmes autochtones en particulier assument ce rôle-là. Tout de même, il faut se pencher sur le cas des femmes qui se débattent avec les moyens du bord et n'ont pas un accès équitable aux services de santé. Nombre d'entre nous ont bien accès aux services de santé, mais il y en a un nombre encore plus grand qui essaie d'accéder aux services en question. Plusieurs projets visent actuellement à adapter les services de santé aux besoins des Autochtones.

**Le sénateur Pépin :** Les gens vous écoutent-ils? Ce sont les femmes qui assurent les services. Vous êtes majoritaires et vous êtes le mieux à même de juger.

**Mme Wolski :** Tout à fait. Nous recevons les services et nous faisons en sorte que nos enfants les reçoivent aussi. Un changement est en cours, comme je l'ai dit plus tôt. Santé Canada a adopté certaines mesures, par exemple. Il reste à voir quel effet auront les mesures en question, mais les raisons de se réjouir sont nombreuses.

**Le sénateur Pépin :** Y a-t-il une façon d'en mesurer les effets, de savoir si c'est positif et quelles sont les mesures correctives qu'il faudrait apporter?

**Ms. Wolski:** It is currently measured in outcomes. We could use different ways of measuring whether it is having a true impact. Aboriginal women are currently experiencing the highest rates of diabetes, obesity and heart disease.

As I said in my opening remarks, it has much to do with the systemic issues. We need to make a concerted effort to deal with the outcomes, but we also need to look at the root causes. We need a concerted effort on both ends.

**Senator Pépin:** If the children are provided with good education and food, it will be much easier for the next generation.

**Ms. Tremblay:** Some of the health areas we are working in relate directly to women. You could tell a story in your report that highlights women from the point of view of making decisions and childbirth and going back to midwifery practices. There is leadership there to maintain the work and momentum in the midwifery movement. We have to continue the work in that area, both prenatal and after birth.

There is much tradition to bring back, and that is starting to happen across the country. We have to look at family and the fallout from the residential schools together. There is a reclaiming of who we are and of the tradition of the birthing process with the family in the room.

This is a very strong and positive movement. It puts the woman at the core of the family as opposed to sending women away from communities and making childbirth a medical experience in a hospital. Women can be isolated from their communities for three months. In this way, the family is brought back into the process with the mother at the core as has been the tradition for First Nations, Inuit and Metis peoples.

It is true that more women are in the education systems than men. They are making a difference and they are having a louder voice. However, we must remember that half of our peoples are under the age of 25. We must pay attention to that fact. We have to bring those people along, so education becomes even more important.

**Rosemary Cooper, Director of Executive Services, Inuit Tapiriit Kanatami:** As I mentioned earlier, our world view is holistic when it comes to social, health and education. Everything links to everything else and things cannot be broken out.

Given that, many of our men are falling through the cracks with regard to justice issues and incarceration. When you look at the Inuit value, you must look at the family as a whole unit. I was very happy to hear the presentations tonight. However, we need to be cognizant that the values of the Inuit world are based on the family unit and the world view.

**Mme Wolski :** La mesure actuelle prend la forme de résultats. Nous pourrions employer diverses façons de mesurer la chose pour savoir s'il y a bel et bien un effet sur la vie des gens. Les femmes autochtones présentent actuellement les taux les plus élevés de diabète, d'obésité et de maladie du cœur qui soient.

Comme je l'ai dit pendant mon exposé préliminaire, cela tient beaucoup à des causes systémiques. Nous devons certes nous concerter pour agir sur les résultats, mais il faut aussi s'attacher à la racine des problèmes. Il faut un effort concerté d'un côté comme de l'autre.

**Le sénateur Pépin :** Si les enfants sont bien instruits et bien nourris, la tâche de la prochaine génération sera beaucoup plus facile.

**Mme Tremblay :** Certains des domaines auxquels nous travaillons se rapportent directement aux femmes. Dans votre rapport, vous pourriez parler des femmes qui prennent des décisions, qui ont des enfants, qui reviennent à la pratique des sages-femmes. Il y a un leadership pour maintenir le travail qui se fait et l'erre d'aller nécessaire en ce qui concerne le mouvement des sages-femmes. Nous devons continuer notre travail dans ce domaine-là, pour les soins prénataux comme pour les soins post-partum.

Il y a toute une tradition à ranimer, et cela commence à se faire partout au pays. Nous devons nous pencher ensemble sur la famille et sur les retombées de l'histoire des pensionnats. Il nous faut reconquérir notre identité et faire revivre la tradition des naissances où la famille est présente.

C'est un mouvement très vigoureux, très positif. Un mouvement qui met la femme au cœur de la famille, plutôt que de l'éloigner de la communauté et de faire d'une naissance une expérience médicale qui a lieu dans un hôpital. À ce moment-là, les femmes peuvent être isolées de leur communauté pendant trois mois. De cette façon-ci, la famille est ramenée dans une démarche dont la femme est le cœur, comme le veut la tradition des Premières nations, Inuits et Métis.

Il est vrai que les femmes sont plus nombreuses à fréquenter l'école que les hommes. Elles changent la donne et font mieux valoir leur point de vue. Cependant, nous devons nous rappeler le fait que la moitié des nôtres ont moins de 25 ans. Il faut s'attacher à ce fait-là. Nous devons éduquer les jeunes; l'éducation devient donc encore plus importante.

**Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction, Inuit Tapiriit Kanatami :** Comme je l'ai dit plus tôt, notre point de vue sur les affaires sociales, la santé et l'éducation est holistique. Tous les éléments sont liés entre eux; rien ne peut être séparé de l'ensemble.

Cela dit, nos hommes sont nombreux à tomber entre les mailles du filet en ce qui concerne la justice et l'emprisonnement. Du point de vue des valeurs inuites, c'est la famille qui représente l'unité globale. J'ai été très heureuse d'entendre les exposés présentés ce soir. Cependant, nous devons être conscients du fait que les valeurs du monde inuit sont fondées sur l'unité familiale et la vision du monde qui est la nôtre.

Our women have become much stronger over the years and they are the ones who are dealing with the social issues, the conditions in the communities. They are the counsellors, providers and child rearers, but we cannot forget our men and our children in this process. We need to be cognizant of giving men equal attention.

**Senator Pépin:** If I understand correctly, it seems that women are becoming the leaders and men are having big problems right now. You are telling us we have to do what we can to improve their lives also.

**Ms. Cooper:** There is movement taking place for Inuit men as well. There are more healing programs for them. It is not considered normal for a man to share or cry. It is important, especially for former residential school students, to express the challenges they face. They need healing to improve their life cycle. Women are really pushing for men to take more ownership and to take control of their lives.

**Senator Pépin:** As long as they will listen.

**Ms. Cooper:** We have strong male leaders as well, which is great.

**The Chair:** This is fascinating. We have been holding hearings for a couple of years, and the consistent message, which we have heard again from Ms. Tremblay, is that we have to get to the communities, that the communities must build themselves. We must stop trying to tell them how to do it but, rather, facilitate the ability of communities to build themselves.

Ms. Cooper, I will tell you an interesting anecdote. In Iqaluit, a year or so ago, I was talking to a young man about mental health, and he mentioned something that you just mentioned.

He said our women are evolving; they are better educated than we are. We used to be the hunter/gatherers. We used to provide the food, but our role is diminishing every day, and we do not quite know what to do. It is not a good time to be a 20-year-old male in Iqaluit, which is very interesting.

I want to get your feedback because we are getting down to the end of our journey here and the writing of our report. The community model that we want to push, that will connect into the all-of-government approach and the intersectoral approach, would be a platform of population health — all the determinants of health from housing to food to income, et cetera. The health care delivery system has to be there as well, along with a look at genetics and this kind of thing.

It must use the life cycle in that community so that there is reinforcement from preparenting to parenting to early child development, to early education, to secondary education, to post-secondary education, to community involvement, to the

Nos femmes sont devenues beaucoup plus fortes au fil des ans; ce sont elles qui prennent en charge les problèmes sociaux, les conditions qui sévissent au sein des communautés. Ce sont elles qui fournissent des conseils, qui donnent les services, qui élèvent les enfants, mais n'oublions pas nos hommes et nos enfants. Il faut prendre soin d'accorder une attention égale aux hommes.

**Le sénateur Pépin :** Si je comprends bien, ce serait les femmes qui deviennent des leaders en ce moment et les hommes qui ont de grandes difficultés. Vous nous dites que nous devons faire ce qu'il faut pour améliorer leur vie aussi.

**Mme Cooper :** Il y a un mouvement qui touche les hommes inuits aussi. Il y a pour eux un plus grand nombre de programmes de guérison. Chez l'homme, il n'est pas considéré comme normal de partager ou de pleurer. Il est important de le savoir, particulièrement quand on pense aux pensionnats qu'il y a eu dans le passé, à l'idée pour eux d'exprimer les problèmes qu'ils éprouvent. Ils ont besoin de guérir pour améliorer leur cycle de vie. Les femmes exercent vraiment beaucoup de pressions pour que les hommes se prennent en charge.

**Le sénateur Pépin :** À condition qu'ils écoutent.

**Mme Cooper :** Nous avons aussi des leaders masculins qui sont forts, ce qui est merveilleux.

**Le président :** Voilà qui est fascinant. Nous tenons des audiences depuis quelques années, et le message qui revient, et qui nous a été donné encore une fois, cette fois par Mme Tremblay, c'est qu'il faut rejoindre les collectivités, que les collectivités doivent se rebâtir elles-mêmes. Nous devons cesser de leur dire comment faire et chercher plutôt à leur simplifier la tâche qui consiste à se rebâtir elles-mêmes.

Madame Cooper, je vais vous raconter une anecdote intéressante. Il y a à peu près un an de cela, à Iqaluit, je parlais à un jeune homme de santé mentale, et il a mentionné une chose que vous venez de mentionner vous-même.

Il a dit : nos femmes évoluent; elles sont plus instruites que nous. Avant, nous étions les chasseurs-cueilleurs. Nous apportions de la nourriture, mais notre rôle se rétrécit de jour en jour, et nous ne savons pas très bien quoi faire. Les temps ne sont pas très bons pour un homme de 20 ans à Iqaluit; voilà qui est très intéressant.

Je veux savoir ce que vous en pensez; nous arrivons au terme de notre aventure et nous allons rédiger notre rapport. Le modèle communautaire que nous voulons préconiser, qui sera relié à l'approche pangouvernementale et à l'approche intersectorielle, serait en quelque sorte une plate-forme pour la santé de la population — comportant tous les déterminants de la santé depuis le logement jusqu'au revenu, en passant par l'alimentation. Le réseau de la santé doit y figurer aussi, aux côtés d'études en génétique et ainsi de suite.

Le modèle doit reposer sur le cycle de vie au sein de la collectivité visée, de manière à ce que les éléments se renforcent entre eux, depuis la préparation préparentale à l'art d'être grand-parent, en passant par l'acquisition de compétences

workforce, to healthy aging, to grandparenting and so on, so that communities can build themselves.

I want to get feedback from all of you, including Ms. Sones, Ms. Tremblay, Ms. Wolski and Ms. Cooper, about this concept because we really want to get this right. Ms. Tremblay, I will challenge you to go first.

**Ms. Tremblay:** I am from Six Nations and we have the largest populated reserve in Canada with 22,000 people and 12,000 in the community. We have well-developed systems because our gift is people. We engage people in all elements.

I think it is smart to have a team approach in the community where you have an educator, a health person and a team that includes the traditional people. Working in teams is wonderful because you can draw upon the strength of each other. You get many opinions and viewpoints.

Looking at things in a holistic way from preconception to old, I think we have to do it. In our communities, our way of life has always supported that approach because you took what you needed from nature. The only thing we have to keep in mind here, the thing I see missing, is the spiritual realm where you bring in the spirit. That is so important because the elders will tell us about dreams and messages from our ancestors. We do not come into a room by ourselves; we come in with our ancestors behind us and with us in spirit.

We heard a story in Albuquerque about having blood memory of your ancestry — that you carry it with you and you see some of the messages in dreams to achieve your goal and purpose while you are here on this earth walk. For me, this looks good but I would like to see it circular. I would like to see somehow the connection to animate and inanimate objects because we relate to the land. Everything has a life so we relate to land, to place and all those concepts also.

I would like an additional component that is part of how we view the world. That is nature. When we give thanks from an Iroquoian perspective in our ceremony and our languages, we are always thankful. We leave the creator to the last. We start with the animals, the waters, and go the stars and to the creator.

We have to be cognizant that the human being is the smallest element in the whole picture. We are so dependent on everything else that is provided in our universe. I would ask somehow for this model. That is one whole quadrant, the spiritual realm, that I do not see here, which really is important to mental health. It is important to knowing who you are; it is important in educating our people. That is what I would suggest.

parentales, le développement de la petite enfance, l'éducation primaire, l'éducation secondaire, l'éducation postsecondaire, la participation aux affaires de la collectivité, l'activité professionnelle, le vieillissement en santé et ainsi de suite — pour que les collectivités puissent se bâtir elles-mêmes.

Je veux savoir ce que vous pensez toutes, Mme Sones, Mme Tremblay, Mme Wolski et Mme Cooper, de ce concept : c'est que nous tenons vraiment à viser juste. Madame Tremblay, je vous mets au défi de répondre en premier.

**Mme Tremblay :** Je suis originaire du territoire des Six-Nations où nous avons la plus grande réserve peuplée du Canada avec 22 000 habitants et 12 000 personnes au sein de la communauté. Nous avons des systèmes qui sont bien développés; c'est là notre don, les êtres humains. Nous mobilisons des gens en rapport avec tous les éléments.

Il me paraît intelligent d'appliquer au sein de la communauté un travail d'équipe où il y a un éducateur, un responsable de la santé et une équipe qui inclut des sages. Travailler en équipe a ceci de merveilleux qu'on peut faire appel aux forces d'autrui. Cela donne un grand nombre d'opinions et de points de vue.

En envisageant les choses du point de vue holistique, de la période préalable à la conception jusqu'au vieil âge, je crois que nous devons adopter ce modèle. Au sein de nos communautés, notre mode de vie a toujours reposé sur une telle approche : nous prenions de la nature ce qu'il nous fallait. La seule chose qu'il faut garder à l'esprit ici, ce qui me paraît manquer, c'est la spiritualité. Il faut faire entrer l'esprit dans cette approche. C'est si important : les aînés nous parlent des rêves et des messages de nos ancêtres. Nous n'arrivons pas seuls dans une pièce; nous arrivons accompagnés de nos ancêtres qui sont avec nous en esprit.

Nous avons entendu à Albuquerque une histoire de mémoire ancestrale qui fonctionne par les liens du sang — vous portez en vous cette mémoire qui vous dit en rêve ce que vous devez accomplir pendant votre séjour sur terre. Ça me semble bien, mais j'aimerais voir que c'est circulaire. J'aimerais voir le lien avec les choses animées et les objets inanimés, étant donné que notre rapport est à la terre. Tout vit; notre rapport est avec la terre, le lieu, tous ces concepts-là aussi.

J'ajouterais un élément qui fait partie de notre vision du monde. C'est la nature. D'un point de vue iroquoien, pendant les cérémonies, par exemple, nous faisons toujours nos remerciements. Nous adressons en dernier les remerciements au créateur. Nous commençons par les animaux, les eaux, puis les étoiles et enfin le créateur.

Il faut être conscient du fait que l'être humain est le plus petit élément qui soit dans ce tableau d'ensemble. Nous dépendons tant de tout ce qui est donné par ailleurs dans notre univers. Je demanderais que ce soit ce modèle-là d'une façon ou d'une autre. Il y a tout un quadrant, celui de la spiritualité, que je ne vois pas et qui est vraiment important du point de vue de la santé mentale. Il importe de savoir qui on est; il importe de le savoir pour instruire nos gens. C'est ce que je suggérerais.

**The Chair:** Would you give some thought to that, Ms. Tremblay, and write back to me about where we could display the spiritual component with appropriate impact?

**Ms. Tremblay:** Absolutely.

**The Chair:** Do you want to go next?

**Ms. Wolski:** Sure. I definitely support what Ms. Tremblay has verbalized with regard to the missing elements. I have a few comments on some of the components here.

Parenting is a huge priority right now in our communities and in terms of our health status. That was a key element that was lost through decades of residential schools. Much of what is happening today is the result of poor parenting and coping skills. That is a critical element that you have here.

I wanted to note the healthy aging component. I like the age spectrum that you are using. Granted, we do have a very young population. At the same time, we have a growing senior population, and a lot of our grandmothers are raising our grandchildren today. That is an issue that I think may or may not come out through this model but it is important to note that is happening.

There are several policy implications for that because what is happening is a lot of our grandmothers are living on social assistance and at the poverty line. They have their grandchildren living with them, but how do they make ends meet with extra mouths to feed? That is an issue facing a lot of our older population right now.

I wanted to make note as well with regard to the educational components. Those are critical. An element that might be missing from this is the cultural component as far as education is concerned. Definitely, there is something to be said for formal education and getting your degrees and this kind of thing, but cultural awareness, cultural knowledge and cultural continuity are key elements of community health and well-being.

Research shows again and again that, without that cultural continuity, we will continue to have the high rates of suicides and the poor health outcomes. If that could be a component somewhere along the educational piece, that would be important to include.

I wanted to make note of two more pieces. I see you have the physical environment here. In the work we do with regard to the gender-based analysis and the linkages that we have to land, I do not know whether that component is strong enough in this model.

The connection to land is critical. What is happening with our health is there has been a disconnect that has occurred and that continues to occur, especially where women are concerned.

**Le président :** Nous allons y réfléchir, madame Tremblay. Pouvez-vous m'écrire pour me dire où nous pourrions inscrire l'élément spirituel avec les faits appropriés?

**Mme Tremblay :** Tout à fait.

**Le président :** Qui veut parler maintenant?

**Mme Wolski :** Je le ferai. Je suis certainement d'accord avec ce que Mme Tremblay a exprimé en ce qui concerne les éléments manquants. J'ai quelques observations à formuler moi-même à propos de certains des éléments qui sont présents ici.

Les compétences parentales représentent une priorité extraordinaire en ce moment au sein de nos communautés, notamment du point de vue de notre santé. C'est un élément clé que nous avions perdu étant donné les dizaines d'années qu'a duré la période des pensionnats. Ce qui se produit aujourd'hui tient pour une bonne part à de piétres compétences parentales et à de piétres aptitudes pour l'adaptation.

Je voulais insister sur l'élément vieillir en santé. Le spectre d'âge que vous employez me plaît. Bien entendu, nous avons une population qui est très jeune. En même temps, nous avons une population âgée dont le nombre s'accroît, et bon nombre de nos grands-mères élèvent aujourd'hui leurs petits-enfants. C'est une question dont je ne sais si elle doit se retrouver dans le modèle, mais il importe de noter le phénomène.

Cela comporte plusieurs conséquences du point de vue des politiques gouvernementales, étant donné que nos grands-mères sont nombreuses à vivre de l'aide sociale, au seuil de la pauvreté. Elles ont leurs petits-enfants qui vivent avec elles, mais comment peuvent-elles arriver avec des bouches supplémentaires à nourrir? C'est un problème qui touche bon nombre de nos personnes âgées en ce moment.

Je voulais aussi faire une remarque sur les éléments liés à l'éducation. Ce sont des éléments capitaux. Un élément qui est peut-être manquant, c'est l'élément culturel, du point de vue de l'éducation. Certes, il faut reconnaître que le fait de s'instruire en bonne et due forme et d'obtenir un diplôme se révèlent utiles, mais la sensibilisation à la culture, la connaissance de la culture et la continuité culturelle sont des éléments clés de la santé et du bien-être d'une communauté.

Maintes et maintes fois, les recherches ont montré que, en l'absence de cette continuité de la culture, nous allons continuer à présenter des taux de suicide élevés et de piétres états de santé. Si cela pouvait figurer quelque part aux côtés de l'élément éducation, c'est une affaire importante qui serait réglée.

Je veux faire une remarque sur deux autres éléments. Je vois que vous avez ici le milieu physique. Étant donné le travail d'analyse fondé sur le sexe que nous faisons et les liens qu'il y a avec la terre, je ne sais pas si cet élément-là est suffisamment fort dans le modèle en question.

Le lien avec la terre revêt une importance capitale. Notre santé souffre du fait qu'il y a eu séparation, que cette séparation demeure, surtout en ce qui concerne les femmes. Aujourd'hui,

Seventy per cent of our women live away from their traditional territories today. They do not have access to their communities and to their land as they once did.

It can be linked directly to the increase in diabetes, obesity, heart disease and all those big diseases because people are not on the land like they used to be. I do not know if that piece is strong enough in this model.

I have one more comment with regard to the gender piece, which I am happy to see in there. As we think of Aboriginal health and health status in terms of the life cycle, it is also important to consider it in terms of the gender spectrum. There are more than two genders and, from an Aboriginal perspective, when looking at health and the age spectrum, certain points in our life are more feminine and certain points in our lives are more masculine. As we age, we go through changes in our genders as well. I do not know how it would be incorporated but gender is inclusive of men and women and the other genders as well. We all display different genders as we go through life.

**Senator Cook:** I have a general question. I come from the province of Newfoundland and Labrador where we have a very small First Nations Aboriginal population. You will forgive me for not knowing or understanding. I am preoccupied with the dogma of residential schools. It is like something that continues to smother us. I would love to hear about and to understand the term, when will we be free? How can we move? I am a member of the United Church of Canada, so I heard the first apology. No matter how all of us strive, we cannot seem to get out from under that cloud. There has to be a way. I would like to hear your thoughts on it.

**Barbara Van Haute, Director, Programs Development, Metis National Council:** That is an interesting question: When will we be free? We will be free when everyone is open and acknowledges the long-term effects of multigenerational abuse and minimalization. The basis of that abuse and minimalization has political, social and moral overtones, and we do not need to get into that. When you are dealing with the question of families and communities over long periods of time who experience that same sense of minimalization, you find that it becomes ingrained — that sense of being less than and marked in some way. It becomes ingrained in the dynamics of the individual psyche and the family psyche. People act without even realizing why they are acting in that way.

Until that relationship is dealt with openly by individuals, by Aboriginal populations, communities and by all levels of government, it will not go away. It is a hidden mark, just as the mark left on children who have been abused sexually, physically or emotionally in a domestic environment. Until that child is dealt with and comes out into the open, that mark never goes away, not for that child and not for the person with whom they interact. The same thing applies to Canada's Aboriginal population. The

70 p. 100 de nos femmes vivent coupées de leur territoire traditionnel. Elles n'ont pas accès à leur communauté ni à leur terre comme auparavant.

On peut faire un lien direct avec l'augmentation du taux de diabète, d'obésité et de maladie du cœur, de toutes ces grandes maladies-là, étant donné que les gens ne se retrouvent plus sur la terre comme auparavant. Je ne sais pas si cet élément du modèle est suffisamment fort.

J'ai une autre remarque à faire à propos de l'élément femmes et hommes, que je suis heureuse de voir là. Si nous réfléchissons à la santé des Autochtones et à leur état de santé dans le contexte du cycle de vie, il importe en même temps de prendre en considération le spectre des sexes. Il n'y a pas que deux sexes et, du point de vue autochtone, si on se penche sur la santé et le spectre de l'âge, nous sommes plus féminins à certains stades de notre vie et plus masculins à d'autres. En vieillissant, nos sexes subissent aussi des modifications. Je ne sais pas comment ce serait intégré au modèle, mais la notion de sexe inclut les hommes et les femmes et les autres sexes aussi. Nous affichons tous différents sexes au fil de notre vie.

**Le sénateur Cook :** J'ai une question d'ordre général. Je suis originaire de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, où nous comptons une très petite population de Premières nations autochtones. Vous me le pardonnerez si je ne sais pas ou ne comprends pas cela. Je me soucie du dogme entourant les pensionnats. C'est une question qui semble continuer à nous étouffer. J'aimerais bien qu'on m'explique la situation et le terme; quand allons-nous être libres? Comment pouvons-nous avancer? Je suis membre de l'Église unie du Canada; j'ai donc entendu les premières excuses. Quoi que nous fassions pour nous en sortir, il semble toujours y avoir ce nuage au-dessus de notre tête. Il doit bien y avoir une façon. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Barbara Van Haute, directrice, Élaboration des programmes, Ralliement national des Métis :** Voilà une question intéressante : Quand serons-nous libres? Nous serons libres quand tout le monde sera ouvert et reconnaîtra les effets à long terme des sévices et des tentatives de minimiser la situation sur de multiples générations. Les sévices et les tentatives faites pour minimiser la situation reposent sur des motifs politiques, que nous n'avons pas besoin d'aborder ici. Là où il est question de familles et de communautés qui ont à composer avec les tentatives ainsi faites pour minimiser sur une longue période, l'idée finit par s'ancrer profondément dans les esprits — l'idée qu'on a moins de valeur et qu'on est marqué d'une certaine façon. L'idée devient ancrée dans la dynamique psychique de la personne et de la famille. Les gens se comportent d'une certaine façon sans même savoir pourquoi ils le font.

Tant et aussi longtemps que les personnes, les populations, les collectivités autochtones et tous les ordres de gouvernement n'admettent pas ouvertement que cette relation-là existe, le problème demeurera. C'est une blessure cachée, comme celle des enfants qui ont été victimes de sévices sexuels, physiques ou affectifs à la maison. Tant qu'on ne s'occupe pas de cet enfant-là pour qu'il affronte le problème ouvertement, la marque qu'il porte reste, tant pour lui que pour les gens avec qui il interagit. Le

apology was a moving experience. People that I know from the United States and Europe were absolutely amazed that this happened and that it happened almost simultaneously with the apology in Australia.

As wonderful as that is, it is not enough, just as it would not be enough for a child to get an apology from the person who abused them. It is nice and good but there is much more to do. That is where we are now — coming to terms.

**Ms. Tremblay:** There was more than a century of that experience so it is well ingrained. Those who experienced physical and sexual abuse carry those scars inside forever. They are wounded. You can address it and accept it so that it does not hurt as much. They happened during the formative stages of the young and when the children were school aged. Many were taken away between the ages of 6 and 10 years when still forming cognitively. A child cannot learn about family and how to go to mom and dad because they are not there. A child does not know what mom and dad are because they do not have that connection. You have to build the skills and build the love. Children learn how to love people from experience, so when they do not have those experiences, they do not even know what they have lost until they go out and try to relearn it. Instead, they have all this hurt and pain to try to let go of. It is difficult for those children because they have learned a different way.

It will take a long time. I agree with Ms. Van Haute. We need to have people talk about it so they can get rid of it. It is like being an alcoholic and having to go to Alcoholics Anonymous and say, I have a problem. That is how healing begins to take root. We all have to do it and acknowledge how serious it was. The last school closed in the 1990s. It is still very much a part of our lives. Ms. Wolski said it is not in the past. It is a current issue. Having said that, Senator Keon, I would like you to put our chart as a social determinant of health — residential school healing — because it is huge. The federal government set up a truth and reconciliation commission to address some of this and to help. Important work has to be done. We have to tell that story because it is just a void. If we want healing, we need to do that. It is really important. People have begun those processes on their own and that is how the issue came forward so eloquently. It will be a time-consuming journey but people want to heal and to be healthy.

**Senator Cook:** Yesterday, I picked up a magazine call *Saltscapes* from the Maritimes. I opened up the middle of the book and there was a double page picture of home children. Have you heard of home children? They were orphaned children of the First World War in the British Isles who were sent to Canada to

même raisonnement vaut pour la population autochtone du Canada. Les excuses se sont révélées émouvantes. Je connais aux États-Unis et en Europe des gens qui ont vraiment été stupéfaits de constater que ces excuses étaient présentées, à peu près en même temps que les excuses présentées en Australie.

Si merveilleux que ce soit, ce n'est pas suffisant, comme il ne serait pas suffisant pour l'auteur de sévices de présenter des excuses à l'enfant qui a été sa victime. C'est très bien, mais il y a encore beaucoup à faire. Voilà où nous en sommes maintenant — à essayer de bien comprendre.

**Mme Tremblay :** Cela a duré plus d'un siècle; le sentiment est donc profondément ancré dans les esprits. Ceux qui ont subi des sévices physiques et sexuels portent à jamais les cicatrices à l'intérieur. Ils sont blessés. Il faut affronter la question et admettre que cela s'est fait pour que la douleur soit moins vive. Les incidents ont eu lieu pendant les années de formation des enfants, au moment où ils étaient en âge de fréquenter l'école. Nombre d'entre eux ont été retirés de leur famille entre 6 et 10 ans, au moment où leur formation cognitive n'était pas achevée encore. À ce moment-là, l'enfant ne peut apprendre comment s'adresser à la famille ou à maman ou à papa, car ils ne sont pas là. L'enfant ne sait pas ce qu'est une maman ou un papa, étant donné que le lien qui devrait exister n'existe pas. Il faut faire croître les habiletés, faire fleurir l'amour. C'est d'après l'expérience qu'ils vivent que les enfants apprennent à aimer; dans les cas où ils ne vivent pas l'expérience en question, ils ne savent même pas ce qu'ils perdent jusqu'au moment où ils doivent essayer de le réapprendre. Ils ont plutôt toute cette douleur, toute cette souffrance dont ils essaient de se défaire. La situation est difficile pour ces enfants-là, étant donné qu'ils ont appris quelque chose de différent.

Il faudra du temps pour cela. Je suis d'accord avec Mme Van Haute. Il faut en parler avec les gens pour qu'ils puissent s'en défaire. C'est comme être alcoolique et aller aux Alcooliques Anonymes et dire : j'ai un problème. C'est comme cela que la guérison commence à prendre racine. Nous devrons tous le faire et reconnaître à quel point la situation était grave. La dernière école a fermé durant les années 1990. C'est encore très présent dans notre vie. Mme Wolski a affirmé que cela ne fait pas partie du passé. C'est une question actuelle. Cela dit, sénateur Keon, j'aimerais que vous en fassiez un déterminant social de la santé — en pensant qu'il faut guérir après l'histoire des pensionnats —, car c'est une question d'une importance extraordinaire. Le gouvernement fédéral a mis sur pied une commission vérité et réconciliation pour s'attaquer à certains des problèmes en question. Un travail important doit être fait. Nous devrons raconter cette histoire-là, sinon ce ne sera que le néant. Ça prend cela, si nous voulons guérir. C'est vraiment important. Les gens ont commencé à agir de leur côté, et c'est pour cela que la question a été mise de l'avant avec tant d'éloquence. C'est un périple qui prendra beaucoup de temps, mais les gens veulent guérir et être en santé.

**Le sénateur Cook :** Hier, j'ai trouvé un magazine intitulé *Saltscapes*, qui est produit dans les Maritimes. J'ai ouvert le livre et, au milieu, il y avait une photo des petits immigrants anglais sur deux pages. Vous avez entendu parler des petits immigrants anglais? Ce sont des orphelins britanniques de la Première Guerre

work on farms. They were aged seven years and up. You have no idea, and I thought of residential schools. It is worth getting a copy of the current *Saltscapes* because a picture is worth a thousand words. The article was called *Lost Identity*, the story of a man who knew he had sisters in Great Britain. His mom was too poor and he was sent to Canada to work on a farm.

I can understand the residential schools having an impact on all of us, not only those who have experienced it but also those of us who have tried to walk with you. Is there something here that we can build on? I hear those young women over there talk about the *Kelowna Accord*. I cannot believe no one has taken the first step on it. We say all of these wonderful things but we do not put our foot in the water. I do not understand it.

**Ms. Tremblay:** We do not either.

**Ms. Sones:** This is a question that many Canadians ask. I hear the question often. My parents were both in residential schools. I did not grow up in a home with my parents. We have both the personal and the societal approach. We have hundreds and thousands of people who grew up in residential schools. Of course, not all of them suffered the abuses that we hear of, but a number of them did. It impacts the individual, the family, it ripples through the community, and their relationships become strained.

Something we have started to talk about more recently, and the Aboriginal Healing Foundation has taken a lead on this, is what it means for Canada to reconcile? What does it mean for Canadians to have an understanding of what truly happened, that it really was an assimilative policy to get rid of the Indian? It was not simply that First Nations, Inuit and Metis children were not in safe homes. They were in safe homes. They were in fully connected communities. It was a truly racist policy. We all try to live with the remains of that racism and its impact on our country.

I still wonder about how we work as a country after the apology. The apology was not enough. It was a first step, a beginning. I am thankful that we build on a whole bunch of commissions, including the Royal Commission and others. We will get there, but it took place over 100 years ago, and we will probably take a generation.

**Ms. Cooper:** You asked what other elements should be considered in this. Mental wellness is an important element. When we look at physical environment for Inuit, our connection to the land is essential as well. Just to point out, sustainable employment is an issue. The high turnover rate is a real issue for employment.

mondiale qui ont été envoyés au Canada pour travailler dans les fermes. Ils avaient sept ans et plus. On n'a pas idée; mais j'ai pensé aux pensionnats. Il vaut la peine de mettre la main sur le n° actuel de *Saltscapes*, étant donné qu'une image vaut mille mots. L'article était intitulé « *Lost Identity* », ou « *Identité perdue* », c'est l'histoire d'un homme qui savait qu'il avait des sœurs en Grande-Bretagne. Comme sa mère était trop pauvre, il s'est retrouvé au Canada à travailler dans une ferme.

Je peux comprendre que les pensionnats aient une incidence sur nous tous, non seulement ceux qui ont vécu la chose, mais aussi ceux parmi nous qui essaient de vous accompagner. Y a-t-il quelque chose qui peut nous servir de point de départ pour avancer? J'ai entendu les jeunes femmes là-bas parler de l'*Accord de Kelowna*. Je n'arrive pas à croire que personne n'a fait les premiers pas. Nous affirmons toutes ces choses merveilleuses, mais nous ne faisons rien. Je ne comprends pas.

**Mme Tremblay :** Nous ne comprenons pas nous non plus.

**Mme Sones :** Les Canadiens sont nombreux à se poser cette question-là. Je l'entends souvent. Mes parents sont tous deux allés au pensionnat. Mes parents n'étaient pas là quand j'étais enfant. Il y a l'approche personnelle et l'approche sociale. Les gens qui ont grandi dans les pensionnats se comptent par centaines et par milliers. Bien entendu, tous n'ont pas subi les sévices dont nous entendons parler, mais c'est le cas de certains. Cela a une incidence sur la personne, la famille aussi, c'est une onde qui se propage dans la collectivité, et les relations des gens deviennent difficiles.

Depuis un certain temps, et c'est la Fondation pour la guérison des Autochtones qui mène le bal sur ce point, nous avons commencé à discuter de ce qu'il faut entendre par réconciliation au Canada. Est-ce dire que les Canadiens doivent comprendre ce qui s'est vraiment produit, que c'était vraiment une politique d'assimilation qui visait à faire disparaître l'Indien? Ce n'est pas seulement le fait que les enfants des Premières nations, Inuits et Métis n'étaient pas bien hébergés. Ils étaient en sécurité. Ils faisaient partie de collectivités avec tout ce qu'il faut. C'était vraiment une politique raciste. Nous essayons de composer avec les vestiges de ce racisme et avec son incidence sur notre pays.

Je me demande encore comment nous pouvons fonctionner comme pays après les excuses. Les excuses n'étaient pas suffisantes. C'était une première étape, le début de quelque chose. Je suis reconnaissante du fait que nous ayons pour point de départ toute une série de commissions, y compris la Commission royale et d'autres encore. Nous y arriverons, mais cela s'est produit il y a plus de 100 ans, et il nous faudra probablement une génération pour régler cela.

**Mme Cooper :** Vous avez demandé quels autres éléments devraient faire partie de cela. Le mieux-être mental est un élément important. Si nous étudions l'environnement physique des Inuits, nous voyons que notre lien avec la terre est essentiel aussi. Simplement pour le faire remarquer : des emplois durables, c'est une question importante. Le taux de roulement élevé est un vrai problème du point de vue de l'emploi.

To get to your question, when will Canadians be supportive of Aboriginals being equally on the ground, whether it is social or health conditions? I just throw that back. We should not be begging for support. Rather, the acknowledgement of Canadians and the government to be proactive in its work is essential as we move forward.

We do have hope. We have really good examples that have worked. The intergenerational effect of residential schools is very much there. It will not go away today. It has been said repeatedly here. I am an effect of that generation as well. I have seen too many suicides. Back then, there was no such thing as mental health support or any type of support. It was the norm to see abuse going on at almost every door. It was a norm to see alcoholism. It is all related to residential schools.

Today, it is may be every five doors. We will see the progress over time, but again it goes back to communities taking back their lives and taking ownership of how we have lived in the past, and fostering that with today's modern society.

**The Chair:** Thank you so much. We will end on that note. I thank all of you. It has been fascinating.

(The committee adjourned.)

Pour répondre à votre question, à quel moment les Canadiens seront-ils d'accord pour que les Autochtones soient égaux sur le terrain, qu'il s'agisse de conditions sociales ou de l'état de santé? Je vous renvoie simplement la question. Nous ne devrions pas quémander d'appui. Que les Canadiens et le gouvernement reconnaissent la situation pour aborder le travail de manière proactive est essentiel, tandis que nous allons de l'avant.

Nous entretenons quand même de l'espoir. Nous avons connaissance de cas qui ont vraiment bien fonctionné. L'effet intergénérationnel des pensionnats est très présent. Ça ne disparaîtra pas aujourd'hui. On l'a répété maintes fois ici. Je suis moi-même un produit de cette génération-là, aussi. J'ai vu trop de suicides. À l'époque, il n'y avait pas de trucs comme les services de soutien en santé mentale ou quelque soutien que ce soit. C'était la norme : il y avait des sévices derrière pratiquement toutes les portes. L'alcoolisme était la norme. Tout cela était lié aux pensionnats.

Aujourd'hui, c'est peut-être à toutes les cinq portes que ça se produit. Nous allons constater des progrès au fil du temps, mais, encore une fois, ce sont les communautés qui doivent se remettre sur pied et accepter la façon dont nous avons vécu dans le passé, et favoriser une amélioration de la situation avec la société moderne d'aujourd'hui.

**Le président :** Mille mercis. Nous conclurons sur cette note-là. Merci à tous. La séance a été fascinante.

(La séance est levée.)



*Métis Nation — Saskatchewan:*

Robert Doucette, President.

*Métis National Council:*

Barbara Van Haute, Director, Programs Development.

*Native Women's Association of Canada:*

Erin Wolski, Health Director.

*National Aboriginal Health Organization:*

Paulette Tremblay, Chief Executive Officer.

*Métis National — Saskatchewan:*

Robert Doucette, président;

*Ralliement national des Métis :*

Barbara Van Haute, directrice, Élaboration des programmes.

*L'Association des femmes autochtones du Canada:*

Erin Wolski, directrice de la santé.

*L'Organisation nationale de la santé autochtone:*

Paulette Tremblay, directrice générale.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

##### **Thursday, March 12, 2009**

###### *Canadian Council on Social Development:*

Katherine Scott, Vice-President, Research.

###### *Wellesley Institute:*

Bob Gardner, Director, Policy and Research.

###### *Health Nexus:*

Connie Clement, Executive Director.

##### **Wednesday, March 25, 2009**

###### *Assembly of First Nations:*

Bob Watts, Chief Executive Officer;

Rose Sones, Assistant Director, Strategic Policy for Health and Social;

Gina Doxtator, Health Policy Analyst.

###### *Inuit Tapiriit Kanatami:*

Rosemary Cooper, Director of Executive Services;

Elizabeth Ford, Director of Health and Environment.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

##### **Le jeudi 12 mars 2009**

###### *Conseil canadien de développement social:*

Katherine Scott, vice-présidente, Recherche.

###### *Institut Wellesley:*

Bob Gardner, directeur, Politiques et recherche.

###### *Nexus Santé:*

Connie Clement, directrice générale.

##### **Le mercredi 25 mars 2009**

###### *Assemblée des Premières Nations:*

Bob Watts, directeur exécutif;

Rose Sones, directrice adjointe, Politiques stratégiques, Secrétariat à la santé et au développement social;

Gina Doxtator, analyste des politiques de santé.

###### *Inuit Tapiriit Kanatami:*

Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction;

Elizabeth Ford, directrice de la santé et l'environnement.

*(Suite à la page précédente)*



Available from:

PWGSC – Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

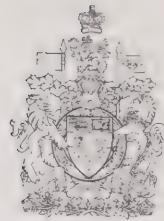
Disponible auprès des:

TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>

CA1  
YC26  
-S57

Government  
Publications



Second Session  
Fortieth Parliament, 2009

Deuxième session de la  
quarantième législature, 2009

## SENATE OF CANADA

## SENAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,  
Science and Technology  
Proceedings of the Subcommittee on*

*Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie  
Délibérations du Sous-comité sur la*

# Population Health

*Chair:*  
The Honourable WILBERT J. KEON

Thursday, March 26, 2009  
Friday, March 27, 2009

### Issue No. 3

#### Sixth, seventh and eighth meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions  
that contribute to the health of Canada's populations —  
known collectively as the determinants of health

WITNESSES:  
(See back cover)



### Fascicule n° 3

#### Sixième, septième et huitième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent  
à la santé de la population canadienne, appelés  
collectivement les déterminants de la santé

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)

**THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH**

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck  
Champagne, P.C.  
Cook

Eaton  
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

*Changes in membership of the subcommittee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the subcommittee was amended as follows:

The Honourable Senator Cook replaced the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*March 26, 2009*).

The Honourable Senator Eggleton, P.C., replaced the Honourable Senator Cook (*March 26, 2009*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator Stratton (*March 26, 2009*).

**LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS**

*Président :* L'honorables Wilbert J. Keon

*Vice-présidente :* L'honorables Lucie Pépin  
et

Les honorables sénateurs :

Callbeck  
Champagne, C.P.  
Cook

Cook  
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du sous-comité :*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du sous-comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Cook a remplacé l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 26 mars 2009*).

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Cook (*le 26 mars 2009*).

L'honorable sénateur Eaton a remplacé l'honorable sénateur Stratton (*le 26 mars 2009*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, March 26, 2009  
(7)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 10:45 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Eaton, Eggleton, P.C., Fairbairn, P.C. Keon and Pépin (7).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

**WITNESSES:**

*Health Canada:*

Kathy Langlois, Director, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Catherine Lyons, Director General, First Nations and Inuit Health Branch;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch.

*Indian and Northern Affairs Canada:*

Mary Quinn, Director General, Social Policy and Programs Branch.

*University of Victoria:*

Dr. Jeff Reading, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research (by video conference).

*National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:*

Debbie Dedam-Montour, Executive Director.

*National Association of Friendship Centres:*

Peter Dinsdale, Executive Director.

*Aboriginal Nurses Association of Canada:*

Rosella Kinoshameg, President.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le jeudi 26 mars 2009  
(7)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Eaton, Eggleton, C.P., Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

*Également présente :* Odette Madore, directrice principale par intérim, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Santé Canada :*

Kathy Langlois, directrice, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Catherine Lyons, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

*Affaires indiennes et du Nord Canada :*

Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

*Université de Victoria :*

Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones (par vidéoconférence).

*Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire :*

Debbie Dedam-Montour, directrice générale.

*Association nationale des centres d'amitié :*

Peter Dinsdale, directeur exécutif.

*Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :*

Rosella Kinoshameg, présidente.

Ms. Langlois, Ms. Quinn, Dr. Reading, Ms. Dedam-Montour, Mr. Dinsdale and Ms. Kinoshameg made presentations, and, with Ms. Woods and Ms. Lyons, responded to questions.

At 12:47 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA. Friday, March 27, 2009  
(8)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 9 a.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Cook, Eaton, Keon and Pépin (6).

*Other senator present:* The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

*In attendance:* Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

#### WITNESSES:

*Canadian Institute for Health Information:*

Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs.

*Agriculture and Agri-Food Canada:*

Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development.

*Health Canada:*

Karen Dodds, Assistant Deputy Minister.

*Acacia Consulting and Research:*

Michel Frojmovic, Director.

*Ontario Agency for Health Protection and Promotion:*

Vivek Goel, President and Chief Executive Officer.

*Canadian Institute for Health Information:*

Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative.

*Newfoundland and Labrador Department of Finance:*

Mme Langlois, Mme Quinn, le Dr Reading, Mme Dedam-Montour, M. Dinsdale et Mme Kinoshameg font un exposé puis, avec l'aide de Mmes Woods et Lyons, répondent aux questions.

À 12 h 47, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA. le vendredi 27 mars 2009  
(8)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cook, Eaton, Keon et Pépin (6).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

*Également présente :* Odette Madore, directrice principale par intérim, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

#### TÉMOINS :

*Institut canadien d'information sur la santé :*

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes.

*Agriculture et Agroalimentaire Canada :*

Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique.

*Santé Canada :*

Karen Dodds, sous-ministre adjointe.

*Acacia Consulting and Research :*

Michel Frojmovic, directeur.

*Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé :*

Vivek Goel, président et chef de la direction.

*Institut canadien d'information sur la santé :*

Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne.

*Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch.

*Saskatoon Health Region:*

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer.

*Canada Health Infoway Inc.:*

Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

*University of Manitoba:*

Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy.

*Public Health Agency of Canada:*

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

*Statistics Canada:*

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician.

The Chair made an opening statement.

Mr. Sheridan made a presentation and, with Mr. Berthelot, Ms. Burton, Ms. Dodds, Mr. Frojmovic, Dr. Goel, Ms. Harvey, Mr. Hollett, Dr. Neudorf, Mr. Smith, Dr. Taylor and Mr. Wolfson responded to questions.

At 11:02 a.m., the subcommittee suspended.

At 11:18 a.m., the subcommittee resumed.

At 1:13 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

*ATTEST:*

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

(9)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 1:30 p.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Cook, Eaton, Keon and Pépin (6).

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

*WITNESSES:*

*Seabird Island First Nation (by video conference):*

Carlene Brown, Daycare Supervisor;

Cheryl Suave, Staff;

Carolyne Neufeld, Health Director;

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique.

*Région sanitaire de Saskatoon :*

Dr Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef.

*Inforoute Santé du Canada Inc. :*

Mike Sheridan, directeur de l'exploitation.

*Université du Manitoba :*

Mark Smith, directeur associé, Centre manitobain de la politique des soins de santé (répertoire).

*Agence de la santé publique du Canada :*

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

*Statistique Canada :*

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint.

Le président fait une déclaration.

M. Sheridan fait un exposé puis, avec l'aide de M. Berthelot, Mme Burton, Mme Dodds, M. Frojmovic, Dr Goel, Mme Harvey, M. Hollett, Dr Neudorf, M. Smith, Dr Taylor et Dr Wolfson, répond aux questions.

À 11 h 2, le sous-comité suspend ses travaux.

À 11 h 18, le sous-comité reprend ses travaux.

À 13 h 13, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

(9)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 13 h 30, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Champagne, C.P., Cook, Eaton, Keon et Pépin (6).

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

*TÉMOINS :*

*Bande de Seabird Island (par vidéoconférence) :*

Carlène Brown, responsable de service de garderie;

Cheryl Suave, employée;

Carolyne Neufeld, directrice des services de santé;

Fallon Ludman, Parent;

Bonnie Nickel, Parent;

Steven McKinnon, Technician.

Ms. Neufeld, Ms. Brown made a presentation and answered questions.

At 2 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

Fallon Ludman, parent;

Bonnie Nickel, parent;

Steven McKinnon, technicien.

Mmes Neufeld et Brown font un exposé puis répondent aux questions.

À 14 heures, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

*La greffière du sous-comité,*

Barbara Reynolds

*Clerk of the Subcommittee*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Thursday, March 26, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:45 a.m. to examine and report on the impact of the factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health (topic: population health policy for Aboriginal Peoples).

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[*English*]

**The Chair:** I call the meeting to order. I will not go around the table for introductions. Instead, I will introduce each person as we hear from them, in the interest of time, because we have a large number of witnesses. We are really anxious to hear from all of them.

I will make one exception. Jeff Reading is on the TV screen. He is coming in from Victoria.

We will begin with Kathy Langlois, Director General of the Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada. She is accompanied by Catherine Lyons, Director General, Business Planning Management Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada; and Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.

**Kathy Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada:** On behalf of Health Canada, we would like to thank you for inviting us here to speak with you today. I am pleased to attend with my two colleagues who have just been introduced.

[*Translation*]

We are pleased to be here to discuss the committee's work in linking the social determinants of health with better health policies and programs. My comments this morning will touch on two areas: first, Health Canada's national and international efforts to integrate the social determinants of health into policy development, and, second, the department's collaborative work to apply population health to national health programming.

[*English*]

My comments this morning will touch on two areas: Health Canada's national and international efforts to integrate the social determinants of health into policy development; and the

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le jeudi 26 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé (sujet : politique en matière de santé des populations pour les peuples autochtones).

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** La séance est ouverte. Je ne vais pas présenter tout le monde tout de suite. Je vais plutôt présenter chacun des intervenants au moment où il prendra la parole, pour que ça aille plus vite, puisque nous allons entendre de nombreux témoins. Nous avons très hâte de les écouter.

Je ferai cependant une exception. M. Jeff Reading apparaît à l'écran. Il témoigne depuis Victoria.

Nous allons commencer par Mme Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Elle est accompagnée de Mme Catherine Lyons, directrice générale, Direction de la planification et de la gestion des affaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, ainsi que de Mme Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

**Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada :** Au nom de Santé Canada, j'aimerais vous remercier de nous avoir invitées à nous adresser à vous aujourd'hui. Je suis heureuse d'être des vôtres avec mes deux collègues qui viennent tout juste d'être présentées.

[*Français*]

Nous sommes heureux d'être ici pour discuter des travaux du comité qui ont permis d'établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et l'amélioration des politiques et des programmes de santé. Ce matin, j'aborderai deux sujets : premièrement, les efforts déployés par Santé Canada à l'échelle nationale et internationale afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé au processus d'élaboration des politiques; deuxièmement, les travaux menés en collaboration par le ministère pour prendre en compte la santé des populations dans l'élaboration des programmes de santé nationaux.

[*Traduction*]

Ce matin, j'aborderai deux sujets : les efforts déployés par Santé Canada à l'échelle nationale et internationale afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé au processus d'élaboration

department's collective work to apply population health to national health programming.

In both cases, my comments are in the context of First Nations and Inuit health, in particular the work of Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch. I will be emphasizing the crucial role of partnerships in linking population health knowledge to effective policies and programs. As you well know, social determinants of health have wide-ranging and complex influences on the health of people, so good health policy and program development depends on solid relationships with key partners.

For example, Health Canada collaborates with other policy makers and practitioners around the world to exchange knowledge and share best practices regarding population health. This includes formal relationships with the United States and Mexico, and work with Brazil, Australia and New Zealand. Health Canada participated in the Adelaide Indigenous symposium in 2007 and in the 2008 meeting of the Pan American Health Organization, the theme of which was social determinants of health and the indigenous peoples of the Americas.

This work reinforces that a social determinants' lens is critical for policy makers. For example, our knowledge of water quality, sanitation and housing influences the development of a First Nations public health plan. We know that we need to consider education and income if we want to have effective health policies and programs. As well, we need to consider factors with more specific importance to First Nations and Inuit, such as their role in community governance or self-government and the strength of traditional culture.

Given that many of these determinants are formally outside of Health Canada's domain, we recognize that to build effective policies and programs, we must work with our partners, which include other federal departments, provincial-territorial governments, and most importantly, First Nations and Inuit communities. That is why Health Canada has built important relationships with these partners, some of which have been very long-standing.

This brings me to my second point: the department's work to best address the unique health needs of the population we serve. This includes specific programs and interventions targeted at distinct populations, including children, those with chronic and infectious disease including mental health, and those that are healthy. There is ongoing engagement with First Nations and Inuit, honouring their choices and advice; formalizing new partnership agreements between provincial governments and First Nation to integrate federal and provincial health systems

des politiques et les travaux menés en collaboration par le Ministère pour prendre en compte la santé des populations dans l'élaboration des programmes de santé nationaux.

Dans les deux cas, mes propos seront axés sur le contexte de la santé des Premières nations et des Inuits et, plus particulièrement, sur le travail de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Je mettrai l'accent sur le rôle crucial des partenariats dans les efforts visant à établir un lien entre les connaissances sur la santé de la population et l'efficacité des politiques et des programmes. Comme vous le savez sans doute, les déterminants sociaux de la santé ont des conséquences diverses et complexes sur la santé des gens. Par conséquent, pour créer des politiques et des programmes de santé efficaces, il faut établir de solides relations avec des partenaires clés.

Par exemple, Santé Canada collabore avec d'autres décideurs et spécialistes du monde entier afin d'échanger des connaissances et des pratiques exemplaires en matière de santé de la population. À ce titre, le ministère entretient notamment des relations officielles avec les États-Unis et le Mexique, ainsi qu'avec le Brésil, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Santé Canada a également pris part au symposium de 2007 sur la santé autochtone tenu à Adélaïde et à la rencontre de 2008 de l'Organisation panaméricaine de la santé, qui s'est déroulée sous le thème des déterminants sociaux de la santé et des peuples autochtones d'Amérique.

Ces travaux soulignent le fait que les décideurs doivent absolument tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Par exemple, nos connaissances sur la qualité de l'eau, l'hygiène et le logement influent sur l'élaboration d'un plan sur la santé publique des Premières nations. Nous savons que nous devons tenir compte du niveau d'éducation et du revenu si nous voulons vraiment élaborer des politiques et des programmes de santé efficaces. Nous devons aussi tenir compte de facteurs qui revêtent une importance plus particulière pour les Premières nations et les Inuits, par exemple leur rôle dans la structure de gouvernance communautaire ou l'autonomie gouvernementale, ou encore la force de la culture traditionnelle.

Compte tenu du fait que beaucoup de ces déterminants ne sont pas du ressort de Santé Canada, nous reconnaissons que, pour élaborer des politiques et des programmes efficaces, nous devons travailler ensemble avec les autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les communautés et les organismes des Premières nations et des Inuits. C'est pour cette raison que Santé Canada a établi de solides liens avec ces partenaires, dont certains durent depuis très longtemps.

Cela m'amène au deuxième sujet que je comptais aborder, c'est-à-dire les efforts déployés par le Ministère pour répondre le mieux possible aux besoins uniques en matière de santé de sa population cliente. Pour ce faire, Santé Canada : met en œuvre des programmes et des mesures d'intervention destinés spécifiquement à des populations distinctes telles que les enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en santé; assume son engagement continu avec les Premières nations et les Inuits et fait en sorte de respecter leurs

and to optimize scarce resources; encouraging more flexible funding arrangements between Health Canada and First Nations that give communities more autonomy to match resources to their unique health needs. First Nations and Inuit communities interested in having more control over their health programs can decide among the different types of funding agreements because they vary in level of control, flexibility, authority, reporting requirements and accountability. My colleague Ms. Lyons can speak to that in more detail.

We work closely with other federal departments on key health-related initiatives, such as collaboration between Indian and Northern Affairs Canada, Environment Canada and First Nations to ensure safe drinking water on reserve.

Finally, because access to health care is a key determinant of health, we are focused in particular on improving access to quality primary care for First Nations and Inuit who live in remote and isolated communities. We are looking at innovations in health technology and the composition of our nurse-based care teams. Integrating population health knowledge into health policies and programs is key to improving the health of First Nations and Inuit. This integration needs partnerships to succeed. As I have said, these partnerships are with national and international groups, other levels of government, practitioners, researchers and, above all, with First Nations and Inuit.

choix et leurs conseils; officialise de nouvelles ententes de partenariat entre les gouvernements provinciaux et les Premières nations afin d'intégrer le système de santé fédéral et les systèmes de santé provinciaux ainsi que de favoriser une utilisation optimale des ressources limitées en matière de santé; encourage la conclusion d'ententes de financement plus flexibles entre Santé Canada et les Premières nations pour accorder plus d'autonomie aux communautés et leur permettre d'utiliser les ressources afin de répondre à leurs besoins uniques en matière de santé. Les communautés des Premières nations et des Inuits qui aimeraient exercer un plus grand contrôle sur leurs programmes ont accès à différents types d'ententes de financement qui prévoient divers niveaux de contrôle, de flexibilité, de pouvoir et diverses exigences en matière de rapports et de reddition de comptes. Ma collègue, Mme Lyons, peut fournir plus de détails à ce sujet.

Nous travaillons étroitement avec les autres ministères fédéraux aux principales initiatives relatives à la santé. Par exemple, nous collaborons avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Environnement Canada et les Premières nations pour assurer la qualité de l'eau potable dans les réserves;

Finalement, étant donné que l'accès aux soins de santé est l'un des principaux déterminants de la santé, nous travaillons principalement afin d'améliorer l'accès à des soins primaires de qualité pour les membres des Premières nations et les Inuits qui vivent dans les communautés éloignées et isolées. Nous examinons des façons d'innover en ce qui concerne les technologies de la santé et la composition de nos équipes de soins infirmiers. Pour améliorer la santé des Premières nations et des Inuits, il faut absolument intégrer les connaissances sur la santé de la population aux politiques et aux programmes de santé. Pour réussir cette intégration, nous devons établir des partenariats. Comme je l'ai dit, il s'agit de partenariats avec des groupes nationaux et internationaux, avec les autres ordres de gouvernement, avec des praticiens, avec des chercheurs et, par-dessus tout, avec les Premières nations et les Inuits.

#### [Français]

Je vous remercie de m'avoir permis de prendre la parole devant votre comité, et si vous avez des questions, c'est avec plaisir que nous ferons de notre mieux pour vous répondre.

#### [Traduction]

**Le président :** Madame Quinn, s'il vous plaît.

**Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes, Affaires indiennes et du Nord Canada :** Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser aux membres du sous-comité. Le sous-comité continue de faire un travail important pour permettre une compréhension approfondie des déterminants sociaux de la santé et de leur incidence sur les Canadiens Autochtones et non Autochtones. C'est un privilège pour moi de témoigner devant vous aujourd'hui, avec les autres témoins, qui ont des connaissances et des points de vue précieux sur les enjeux que nous abordons aujourd'hui.

#### [Translation]

Thank you for this opportunity to address the committee. If you have questions, we will gladly do our best to answer them.

#### [English]

**The Chair:** Ms. Quinn, please proceed.

**Mary Quinn, Director General, Social Policy and Programs Branch, Indian and Northern Affairs Canada:** Thank you for the opportunity to address subcommittee members today. The subcommittee continues to do important work leading to a better understanding of the social determinants of health and how they relate to Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. It is a privilege for me to appear before you today, along with panel members who each have valuable perspectives on the issues before us today.

**[Translation]**

The department I represent, Indian and Northern Affairs Canada, has a broad mandate that touches on a number of the determinants of health for Aboriginal people in this country. Many other federal bodies also have responsibilities in this area.

**[English]**

We are continuing our efforts to improve coordination by working in partnership with other federal departments and agencies, First Nations, Inuit and Metis as well as provincial and territorial governments and other key partners.

I would like to describe a few recent initiatives that illustrate the interplay of health determinants for First Nations. As subcommittee members know, education, income, housing and health are all interrelated. The Government of Canada has been working with willing partners to identify and attack root causes of issues facing First Nations communities. Three years ago, for instance, 193 drinking water systems in First Nations communities were at high risk of failure. Today, the number is 58 and continues to decrease as a result of the partnerships that my colleague indicated among First Nations, Environment Canada, Indian and Northern Affairs Canada and Health Canada. Last week, Minister Strahl announced spending of \$165 million to accelerate water and waste water infrastructure projects in 14 First Nations communities, which are essential to their health and safety. These investments will not only improve the quality of life on reserve, but also have the potential to stimulate economic growth.

**[Français]**

Le ministère que je représente, Affaires indiennes et du Nord Canada, a un mandat général qui touche à de nombreux déterminants de la santé pour les Autochtones dans notre pays. De nombreux autres organismes fédéraux assument également des responsabilités dans ce domaine.

**[Traduction]**

Nous poursuivons nos efforts afin d'améliorer la coordination en travaillant en partenariat avec les autres ministères et organismes du gouvernement fédéral, les Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires importants.

J'aimerais décrire quelques initiatives récentes qui illustrent l'interaction des déterminants de la santé pour les Premières nations. Comme les membres du sous-comité le savent bien, l'éducation, l'emploi, le revenu, le logement et la santé sont tous interreliés. Le gouvernement du Canada travaille avec des partenaires disposés à cerner les causes des enjeux qui touchent les collectivités de Premières nations, puis à s'attaquer à ces causes. Par exemple, il y a trois ans, 193 systèmes de traitement de l'eau de collectivités de Premières nations faisaient l'objet d'un risque élevé de défaillances. Aujourd'hui, ce chiffre est passé à 58, et il continue de diminuer, grâce aux partenariats dont ma collègue a parlé, entre les Premières nations, Environnement Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et Santé Canada. La semaine dernière, le ministre Strahl a d'ailleurs annoncé des dépenses de 165 millions de dollars visant à accélérer les projets d'infrastructure de traitement des eaux, y compris les eaux usées, dans 14 collectivités de Premières nations, ce qui est essentiel à la santé et à la sécurité des membres de ces collectivités. Ces investissements ne vont pas seulement améliorer la qualité de vie dans les réserves; ils ont également le potentiel de stimuler la croissance économique.

**[Français]**

À l'aide d'une approche semblable, le gouvernement du Canada met l'accent spécialement sur l'amélioration de l'éducation pour les Premières nations en partenariat avec les provinces et les Premières nations.

**[Traduction]**

Un exemple d'efforts précoce dans les partenariats en éducation, c'est le protocole d'entente conclu en avril 2008 entre les Premières nations du Nouveau-Brunswick, la province du Nouveau-Brunswick et le gouvernement du Canada, dans le cadre duquel les parties ont convenu de travailler ensemble à l'amélioration des résultats en matière d'éducation des étudiants des Premières nations dans les écoles dirigées par des bandes et des écoles publiques du Nouveau-Brunswick. Dans le cadre de cette entente, le gouvernement provincial s'est engagé à réinvestir la moitié de tous les nouveaux fonds pour les frais d'inscription reçus des Premières nations et du gouvernement fédéral afin d'améliorer les programmes et les services offerts aux étudiants des Premières nations par le système d'éducation publique. En plus de la somme de 1,7 milliard de dollars que le ministère

**[Translation]**

Using a similar approach, the Government of Canada is putting particular emphasis on improving education for First Nations in partnership with provinces and First Nations.

**[English]**

An example of early efforts in education partnerships is the memorandum of understanding signed in April 2008 between the New Brunswick First Nations, the Province of New Brunswick and the Government of Canada, in which the parties agreed to work together to improve the educational outcomes of First Nations students in band-operated and public schools in New Brunswick. Under the agreement, the provincial government is committed to reinvesting 50 per cent of all future new tuition funds received from First Nations and the federal government to improve programs and services for First Nations students in the public education system. In addition to the \$1.7 billion that the department invests in First Nations education, the federal government is investing \$268 million over five years and ongoing funding of \$75 million in subsequent years in two new

education programs that are expected to set the foundation for long-term improvements in First Nations education. The programs are the First Nation Student Success Program and the Education Partnerships Program.

*[Translation]*

With new spending of \$200 million over two years in Budget 2009, Minister Stahl has announced the construction of new schools in seven First Nation communities and three major school renovation projects.

*[English]*

A final example involves the problem of inadequate housing. The recent budget provides \$400 million over the next two years to support on-reserve housing. To date, Minister Strahl has announced that approximately \$50 million and \$65 million will be made available to First Nations in British Columbia and in Ontario respectively, to address on-reserve housing needs in their communities. In this area we have Canada Mortgage and Housing Corporation as a key player as well.

The government has invested \$300 million in a market housing fund to promote home ownership and to improve access to mortgages for First Nation families. Over the next 10 years, the money is expected to translate into some 25,000 houses on reserve. Each of these initiatives that has been undertaken or announced is characterized by a collaborative, comprehensive and long-term approach to a single issue.

In closing, I would like to note that the department is continuing to review the Food Mail Program to determine whether it is the most efficient and effective way of addressing the high cost of food in isolated northern communities. I know that both the department and the subcommittee are concerned about access to healthy food at affordable prices, given that it is a significant factor in improving the quality of life, nutrition and health in isolated northern communities.

Research conducted at the department has identified some progress in the living conditions and well-being of Aboriginal peoples of Canada over the past 20 years in key areas such as life expectancy, education, housing and income. For example, there have been improvements in educational attainment by First Nations, Inuit and Metis women. Such improvements are widely acknowledged to lead directly to improved population health outcomes. While there are many challenges in attempting to close

investit actuellement en éducation pour les Premières nations, le gouvernement fédéral investit 268 millions de dollars sur cinq ans et prévoit un financement permanent de 75 millions de dollars pour les années suivantes pour deux nouveaux programmes d'éducation qui serviront de fondement pour l'amélioration à long terme de l'éducation des Premières nations. Ces programmes sont les suivants : le Programme de réussite scolaire des étudiants des Premières nations et le Programme de partenariats éducatifs.

*[Français]*

Avec un nouvel investissement de 200 millions de dollars pendant deux ans dans le Budget de 2009, le ministre Strahl a annoncé la construction d'une nouvelle école dans cette collectivité des Premières nations et trois projets majeurs de rénovation d'écoles.

*[Traduction]*

Comme dernier exemple, notons le problème du logement inadéquat. Le dernier budget prévoit 400 millions de dollars sur deux ans pour soutenir le logement en réserve. Jusqu'à maintenant, le ministre Strahl a annoncé que des sommes d'environ 50 millions et 65 millions de dollars seront accordées aux Premières nations de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, respectivement, pour répondre aux besoins en matière de logement de leurs collectivités situées dans des réserves. Dans ce domaine, la Société canadienne d'hypothèques et de logements est également l'un de nos partenaires importants.

Le gouvernement du Canada a investi 300 millions de dollars dans un fonds pour les logements du marché afin de promouvoir l'accès à la propriété et d'améliorer l'accès à une hypothèque pour les familles des Premières nations. Au cours des dix prochaines années, cet argent devrait permettre la construction de quelque 25 000 maisons dans les réserves. Chacune de ces initiatives qui ont été entreprises ou annoncées est caractérisée par une approche complète de collaboration à long terme d'un enjeu unique.

Pour conclure, je voudrais signaler le fait que le ministère poursuit son examen du Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste afin de déterminer s'il s'agit de la façon la plus efficace de régler le problème du coût élevé de la nourriture dans les collectivités isolées du Nord. Je sais que tant le ministère que le sous-comité sont préoccupés par l'accès à la nourriture saine et à un prix abordable, étant donné que c'est un facteur d'importance considérable quant à l'amélioration de la qualité de vie, de l'alimentation et de la santé des collectivités isolées du Nord.

Les travaux de recherche effectués au ministère ont permis de relever certains progrès quant aux conditions de vie et au mieux-être des Autochtones du Canada au cours des 20 dernières années dans des domaines importants comme l'espérance de vie, l'éducation, le logement et le revenu. Il y a eu par exemple des améliorations dans les secteurs comme le niveau d'instruction des femmes chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Il est généralement admis que ce genre d'amélioration

the remaining gaps, the fact that well-being has been increasing in Aboriginal communities is promising.

**Dr. Jeff Reading, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research, University of Victoria:** Thank you for the opportunity today. It is a long time coming, and I hope that your deliberations result in addressing Aboriginal issues, which are really in a crisis. That is the way I have to characterize it.

The crisis in Aboriginal people's health today is complicated by issues that are deeply rooted in long-term, historical, social disparities, which is why there is a concern that no amount of risk assessment or health recommendations will reduce the burden of disease without a parallel understanding of the importance of social change. We can either address this now or we can wait 10 years, and I think without addressing those fundamental determinants, nothing will really change.

That population level factors that determine the health and well-being for any collectivity have their origins in upstream historic, cultural, social, economic and political forces affecting the lives of indigenous people in Canada, has been articulated for more than two decades. As was noted by Ms. Langlois, many of the determinants of health for Aboriginal people are really beyond the scope of the health care delivery system. Such determinants include, changing diets from traditional to non-traditional foods, the issue of food insecurity, stress due to economic factors, pollution and environmental degradation, global capitalism, et cetera. These are all forces that are upstream of the health care system.

It is important to understand that words and their interpretation are very important in a discourse on determinants of health, especially if the aim is to better understand the causes. I will talk a bit of causes of causes of causes, and that gets a little redundant, but it is important.

Aboriginal peoples historically and to the present day have really not been full participants in the nation state called Canada. As the political economy of Canada evolved, it became necessary to dislocate Aboriginal peoples from their traditional lands and their way of life in order to make way for settler societies. That is not my opinion; it is a matter of fact. The process of dislocation as a result of colonization meant many Aboriginal people and communities were socially excluded from Canada. This led to marginalization in education and employment, housing, health care and many other services. This, in turn, effectively created a

contribue à de meilleurs résultats en santé des populations. Il y a toujours beaucoup de défis à relever pour combler les lacunes qui restent, mais l'amélioration du bien-être dans les collectivités des Premières nations est tout de même quelque chose de prometteur.

**Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université de Victoria :** Merci de m'avoir invité à participer à la séance d'aujourd'hui. Ça fait longtemps que j'attendais ça, et j'espère que vos délibérations vont permettre de régler certains des problèmes avec lesquels sont aux prises les Autochtones, parce que c'est vraiment une crise. C'est ainsi que je dois caractériser la situation.

La crise actuelle de la santé des peuples autochtones est compliquée par des enjeux profondément enracinés dans les écarts sociaux et historiques qui durent depuis longtemps, et c'est la raison pour laquelle on pense que les évaluations du risque et les recommandations en matière de santé, peu importe la quantité, ne réduiront pas le fardeau de la maladie s'il n'y a pas en même temps une compréhension de l'importance d'apporter des changements sociaux. Nous pouvons régler ce problème dès maintenant ou nous pouvons attendre 10 ans, et je pense que si nous ne faisons rien au sujet de ces déterminants fondamentaux, il n'y aura pas de changement réel.

Le fait que les facteurs déterminants de la santé et du bien-être de toute collectivité résultent de forces historiques, culturelles, sociales, économiques et politiques en amont qui ont une incidence sur la vie des peuples autochtones du Canada a été exprimé clairement depuis plus de deux décennies. Comme l'a signalé Mme Langlois, bon nombre des déterminants de la santé des peuples autochtones dépassent le cadre du système de prestation de soins de santé. Ces déterminants sont notamment l'évolution du régime alimentaire, qui est passé des aliments traditionnels à des aliments non traditionnels, la question de la sécurité alimentaire, le stress causé par des facteurs économiques, la pollution et la dégradation de l'environnement, le capitalisme à l'échelle mondiale, et ainsi de suite. Ce sont là des forces qui se situent en amont du système de soins de santé.

Si le but est de mieux comprendre les causes, il importe de comprendre que les mots qui y sont associés et leur interprétation revêtent une importance capitale. Je vais vous parler un peu des causes des causes des causes, et ça devient un peu redondant, mais c'est quelque chose d'important.

Dans le passé, les peuples autochtones n'ont pas été les participants à part entière de l'État nation qu'est le Canada, et la situation est encore la même aujourd'hui. Avec l'évolution de l'économie politique du Canada, il est devenu nécessaire de déplacer les peuples autochtones de leurs terres ancestrales et de modifier leur mode de vie pour faire place aux sociétés colonisatrices. Il ne s'agit pas de mon opinion; c'est une question de fait. Le processus de déplacement qui a découlé de la colonisation a engendré l'exclusion sociale du reste du Canada d'un grand nombre de peuples et de collectivités autochtones.

two-tiered society in Canada — one standard for Canadians as a whole and another standard for Aboriginal peoples.

This is difficult for many Canadians to accept, but, a plethora of evidence proves the Aboriginal experience in Canada is unequal. I recently submitted a report to the committee and Sen. Keon which had over 500 references and 155 pages of single-spaced text documenting this unequal experience. Essentially, Aboriginal peoples experience greater health risk in almost every category that we measure, which in turns leads to profound disparity for Aboriginal peoples, especially the most vulnerable, namely children and the elderly.

The social determinants are often referred to as causes of causes. This is coined by Sir Michael Marmot, who is the grandfather of social determinants. This means that disease, disability and death are influenced by individual risk factors such as smoking, obesity, substance abuse, et cetera. These risk factors have been criticized as blaming the victim, as it is really now fully understood that risk factors are socially embedded in the collective lives of individuals, families, communities, regions and even in this case, nation states.

Disparities in social determinants require social remedies, and that is a take-home message. One social remedy is the Assembly of First Nations' campaign to end poverty now. Poverty eradication is the most important determinant of health, in my view, because it is through income that other determinants are purchased, such as adequate housing, access to health care services and even education, potable water, nutritious foods, et cetera.

A recent report from the Public Health Agency of Canada said Aboriginal peoples experienced disparities that are not simply explained or understood using mainstream templates for what determines Aboriginal health. For example, when Aboriginal peoples living off reserve in urban settings were compared to non-Aboriginal people, both groups in urban settings and at comparable levels of income, the Aboriginal group experienced significantly more depressive episodes, 21 per cent versus 13 per cent for their non-Aboriginal counterparts. There is something more than income and geography at play in this scenario. Interestingly, as the income comparisons went from low to high for both groups, so too did the gradient in depressive symptoms, which was reduced to statistical insignificance at the highest income level.

Cette exclusion a conduit à la marginalisation sur les plans de l'éducation, de l'emploi, du logement, des soins de santé et de nombreux autres services. Cela a ensuite créé une société à deux classes au Canada — ça a créé une norme pour les Canadiens en général et une autre pour les peuples autochtones.

Si difficile que ce soit pour de nombreux Canadiens d'accepter cette réalité, il existe d'innombrables preuves du fait que l'expérience vécue par les Autochtones au Canada n'est pas la même que celle des autres Canadiens. J'ai récemment présenté un rapport au comité et au sénateur Keon qui comptait plus de 500 renvois et 155 pages de texte à simple interligne documentant cette expérience de l'iniquité. Essentiellement, les Autochtones font face à des risques plus élevés sur le plan de la santé dans pratiquement chacune des catégories dans lesquelles nous faisons des mesures, ce qui, par ricochet, occasionne une profonde disparité pour les Autochtones, notamment pour les plus vulnérables d'entre eux, soit des enfants et des personnes âgées.

Les déterminants sociaux sont souvent désignés comme étant l'origine des causes. C'est une expression de sir Michael Marmot, qui est le grand-père des déterminants sociaux. Cela veut dire que la maladie, l'invalidité et la mort ont des facteurs de risque individuels comme le tabagisme, l'obésité, la consommation abusive d'alcool ou de drogues, et ainsi de suite. Ces facteurs de risque ont été critiqués parce qu'ils donnent l'impression qu'on blâme la victime, parce qu'on comprend maintenant pleinement que ces facteurs sont socialement imbriqués dans la vie collective des gens, de leur famille, de leur collectivité, de leur région et même, dans le cas qui nous intéresse, de l'État nation.

Les disparités qui existent au chapitre des déterminants sociaux exigent des solutions sociales, et c'est le message que j'aimerais que vous retenez. L'une de ces solutions, c'est la campagne visant à mettre un terme à la pauvreté dès maintenant de l'Assemblée des Premières nations. L'élimination de la pauvreté est à mon avis le déterminant de la santé le plus important, étant donné que c'est par le revenu que les gens peuvent s'assurer d'accéder aux autres déterminants de la santé comme le logement adéquat, l'accès aux services de santé et à l'éducation, l'eau potable et les aliments nutritifs, entre autres.

Un rapport récent de l'Agence de la santé publique du Canada précise que les Autochtones sont confrontés à des disparités au chapitre de la santé qui ne peuvent être expliquées simplement ou comprises au moyen des modèles standards utilisés pour déterminer les facteurs qui influent sur la santé des Autochtones. À titre d'exemple, lorsqu'on a comparé les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves en milieu urbain à des non-Autochtones, les deux groupes vivant en milieu urbain et ayant un revenu faible et comparable, on a constaté que le groupe des Autochtones vivait des épisodes dépressifs beaucoup plus importants, soit 21 p. 100 par rapport à 13 p. 100 chez les non-Autochtones. Dans ce scénario, d'autres éléments que le revenu et la situation géographique sont en jeu. Fait intéressant, lorsqu'on a comparé le niveau de revenu des deux groupes, du plus faible au plus élevé, on a constaté que la fréquence des symptômes de dépression était presque nulle sur le plan statistique chez les personnes qui gagnaient un revenu plus élevé.

To explore the origins of health for Aboriginal people, the unique context includes an examination of social political factors, a holistic perspective on health with optimization at each stage of life from preconception to death. This life course perspective is extremely important.

I want to talk about causes of causes of causes, which I have segmented into proximal, intermediate and distal. The proximal factors in terms of determinants include health behaviours, physical environment, employment and income, education and food insecurity. The upstream intermediate determinants, described as upstream to the proximal, include health care, education again, community infrastructure, resources and capacities, environmental stewardship and cultural continuity. The most distal determinants include the experience of colonization, racism, social exclusion and the need to pursue self-determination as a step towards Aboriginal population recovery.

The goal is to optimize the developmental trajectory over the entire life course, and the object is to address the complex interaction of health determinants and exposures in particular Aboriginal contexts, whether First Nations, Inuit or Metis, urban, rural or remote, over the entire life course. That is the challenge.

The discussion needs to include community level or broad reaching risk factors that influence health and well-being across the life course for collective health. These cross-cutting risk factors help to set the stage and highlight the underlying risk factors, including health and well-being for Aboriginal population.

We need to begin to look at life stages. I cannot emphasize this enough. Naturally, this could begin with a discussion of prenatal risk factors, including in-depth discussions of birth and the connection to early childhood, childhood and adolescences, and adult risk factors. This is a natural and logical ordering that follows the life trajectory and the temporal course of risk exposure and disease development. These factors and influences are connected to one another across the life course. While this separation of the different life stages is important, it is also important to remember that many risk factors are present at several life stages.

My proposal is for a community-based population health model that would address health determinants, facilitate and complement a whole-of-government approach to Aboriginal population health at the federal level, with partnership at the regional level, of course. The model would need to create a strategic alliance that connects the health determinants.

Pour étudier les origines de l'état de santé des Autochtones, il faut tenir compte du contexte unique qui comprend un examen des facteurs socio-politiques et d'une perspective globale en matière de santé qui met l'accent sur l'optimisation de la santé à chacune des étapes de la vie, de la période précédant la conception à la mort. Ce point de vue axé sur l'ensemble des étapes de la vie est extrêmement important.

Je veux parler des causes des causes des causes, que j'ai réparties en causes proximales, intermédiaires et distales. Les facteurs proximaux, pour ce qui est des déterminants, sont les comportements liés à la santé, l'environnement physique, l'emploi et le revenu, l'éducation et la sécurité alimentaire. Les déterminants intermédiaires en amont, décrits comme étant en amont des facteurs proximaux, sont les soins de santé, l'éducation, encore une fois, l'infrastructure communautaire, les ressources et les capacités, la gérance environnementale et la continuité culturelle. Les déterminants les plus distaux sont l'expérience de la colonisation, le racisme, l'exclusion sociale et le besoin d'autodétermination comme moyen d'assurer le rétablissement des populations autochtones.

L'objectif est d'optimiser la trajectoire de croissance au cours d'une vie, et le but est de comprendre l'interaction complexe des déterminants de la santé en ayant soin de tenir compte de l'exposition à des contextes autochtones particuliers, que ce soit chez les Premières nations, les Inuits ou les Métis, en milieu urbain, rural ou en région éloignée, sur l'ensemble de la vie. C'est ça le défi.

Le débat doit porter notamment sur les facteurs de risque à l'échelle communautaire ou ceux qui ont des ramifications profondes et qui ont une incidence sur la santé et le mieux-être durant toute la vie pour ce qui est de la santé collective. Ces facteurs de risque touchant plusieurs domaines aident à préparer le terrain et à mettre en lumière les facteurs de risque sous-jacents, notamment la santé et le mieux-être des populations autochtones.

Nous devons commencer par examiner les différentes étapes de la vie. Je ne peux pas insister suffisamment là-dessus. Naturellement, ça pourrait commencer par un débat sur les facteurs de risque avant la naissance, dont des débats approfondis sur la naissance et le lien entre la petite enfance, l'enfance et l'adolescence et les facteurs de risque qui se posent à l'âge adulte. Il s'agit d'un ordre naturel et logique qui suit le parcours de la vie et l'évolution temporelle de l'exposition au risque et de la maladie. Ces facteurs et influences sont liés les uns aux autres au cours de la vie. Cette distinction entre les différentes étapes de la vie est importante, mais il est également important de se rappeler que de nombreux facteurs de risque sont présents à plusieurs étapes de la vie.

Ma proposition vise l'établissement d'un modèle communautaire de santé des populations qui inclurait les déterminants de la santé, qui faciliterait et compléterait une approche pangouvernementale à l'égard de la santé des Autochtones à l'échelon fédéral, avec un partenariat à l'échelon régional, bien entendu. Le modèle devrait créer une alliance stratégique pour mettre en lien les déterminants de la santé.

According to the third report of the Senate committee, over 30 federal departments and agencies are delivering over 360 programs and services to Aboriginal people, with more than half, about 190, available to all groups, and the remainder available to particular groups. That was the 2008 report. The six core areas of the proposed strategic alliance here, I would propose, are education, which is extremely important, community prevention and intervention, a special focus on mental health, housing issues, community development and capacity investments, and finally the need to build a cadre of health professionals at all levels in the development of a comprehensive aboriginal health workforce.

Given that some 50 per cent of Aboriginal population is under the age of 25, it is logical to invest heavily in the health of future generations while not ignoring the needs of the present. During early life, from pre-conception to the prenatal and postnatal periods, life is almost totally dependent on the health of the mother. Although malleability is greatest in the earliest stages in life, spending on health, education and general well-being is the inverse of that, with the least amount spent in early life and the greatest investments made at the end of life. There has to be balancing there to optimize the developmental trajectory.

The regional health survey found that the social support and well-being undertaken by the First Nations there of children is directly affected by the socio-economic status and educational attainment of the parents. Thus, education of children is one of the most obvious solutions. Longitudinal follow-up studies of the Head Start Program in the United States and other places shows that early childhood education programs increase educational attainment, lower rates of social assistance, crime and teenage pregnancy.

In closing, I believe it is important to reflect on the pursuit of a whole-of-government approach, which is being done in Australia with the support of the Prime Minister, and support Aboriginal peoples' legitimate desire to achieve self-determination. In health services this means a development of Aboriginal-led regional health authorities, funded and supported by federal and provincial funds. We need to seek commitment among Aboriginal political organizations, political, territorial and federal government to a multi-year dialogue to explore common issues and agendas for action to improve Aboriginal health and well-being. This will not be a quick fix. It needs dialogue and discussion.

Another idea is to facilitate and accelerate the dissemination and translation of knowledge into potential applications and benefits through policies, interventions, services and products. Finally, there is a need to encourage multilateral collaborative ventures among communities, between communities and institutions concerned with improving the health and well-being

D'après le troisième rapport du comité sénatorial, plus de 30 ministères et organismes fédéraux offrent au-delà de 360 programmes et services aux Autochtones, dont plus de la moitié, soit environ 190, sont accessibles à tous les groupes, et le reste, à des groupes déterminés. Il s'agit du rapport de 2008. Les six principaux secteurs de l'alliance stratégique que je propose sont l'éducation, qui est une chose extrêmement importante, la prévention et l'intervention en milieu communautaire, la santé mentale comme domaine d'intervention privilégié, les questions liées au logement, le développement communautaire et la capacité d'investissement, et, enfin, le besoin de mettre en place un ensemble de professionnels de la santé à tous les niveaux afin d'avoir des effectifs autochtones complets dans le domaine de la santé.

Étant donné qu'environ la moitié de la population autochtone a moins de 25 ans, il est logique d'investir massivement dans la santé des générations futures tout en répondant aux besoins de la génération actuelle. Au stade précoce de la vie, de la période qui précède la conception aux périodes antérieures et postérieures à la naissance, la vie d'un enfant dépend presque entièrement de la santé de la mère. Alors que la malléabilité est à son maximum aux premiers stades de la vie, les dépenses en santé et en éducation ainsi que les dépenses visant le bien-être général sont inverses, les sommes investies au début de la vie de l'enfant étant moindres que celles qui sont consacrées à la dernière étape de la vie. Il faut trouver un équilibre à cet égard pour optimiser le parcours développemental.

L'enquête régionale sur la santé a révélé que le statut socioéconomique et le niveau d'instruction des parents ont des répercussions directes sur le soutien social et le bien-être des membres des Premières nations. Par conséquent, l'éducation des enfants est l'une des solutions les plus évidentes. Les études de suivi longitudinales du programme Bon départ aux États-Unis et ailleurs montrent que les programmes d'éducation de la petite enfance augmentent le niveau d'instruction et réduisent le taux d'aide sociale, de criminalité et de grossesses précoces.

Pour conclure, je crois qu'il est important de réfléchir à l'adoption d'une approche pangouvernementale, ce qui se fait en Australie avec le soutien du premier ministre, et d'appuyer le désir légitime des Autochtones d'atteindre l'autodétermination. Au chapitre des services de santé, cela signifie la création de régies régionales de la santé dirigées par des Autochtones, dont le financement et le soutien seraient assurés par des fonds versés par les gouvernements fédéral et provinciaux. Nous devons encourager les organismes politiques autochtones et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à établir un dialogue pendant plusieurs années pour examiner les enjeux et les plans d'action communs afin d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones. La solution ne sera pas simple. Il faut qu'il y ait un dialogue et un débat.

Une autre idée, c'est de faciliter et d'accélérer la diffusion, le transfert et l'application des connaissances en mesures et retombées éventuelles par l'entremise de politiques, d'interventions, de services et de produits. Enfin, il faut favoriser les moyens de collaboration multilatérale entre les collectivités et les organismes voués à l'amélioration de la santé et

of Aboriginal people. We need to promote multi-disciplinary, multi-institutional, multi-sector collaborations, and build upon existing frameworks of policy-makers and researchers to further develop capacities on Aboriginal people's health in areas of mutual shared priorities.

I would like to leave the last word to the Senate Committee on Population Health from its fourth report, where they state and in fact the subcommittee believes that it is unacceptable for a privileged country like Canada to continue to tolerate such disparities in health.

**Debbie Dedam-Montour, Executive Director, National Indian and Inuit Community Health Organization:** Our organization works on behalf of CHRs, community health representatives. The CHRs are front-line, paraprofessional health care providers serving First Nation and Inuit communities for 47 years. Many of these communities are remote or isolated. We provide an annual national training session promoting holistic health and build capacity on various issues ranging from abuse prevention, tobacco misuse, abuse, injury prevention and diabetes, to developing resources on HIV/AIDS, to keeping older Aboriginal elders active. To look at closing the gap, we need to address health inequities. This presentation will focus on how CHRs can facilitate that objective.

When we look at population health, any change we want to see is going to happen at the community level. The CHR's approach is to look at health from a wellness model, using health promotion, health education and disease prevention initiatives. The CHRs play a vital role as key individuals in community health, who know and monitor the pulse of their community's well-being. As front-line health care workers, they are the first line of defence in identifying a problem and to facilitate intervention in collaboration with other members of their health team. That is the level where CHRs work. They are key in delivering services in a local context, a lifeline in community health, yet supports for many CHRs are lacking.

The Royal Commission on Aboriginal Peoples stated that the CHR program is one of the most successful programs involving Aboriginal people in promoting their health. It further states that in particular, CHRs can help Aboriginal individuals and communities learn to exercise personal and collective responsibility with regard to health matters.

Our hope arising from the report of the Royal Commission on Aboriginal People was that such statements would set the stage for greater support and capacity development of CHRs. Sadly, instead of greater support for this program and these important stable and trusted frontline paraprofessional health care providers in First Nation and Inuit communities, the CHR program was

du bien-être des Autochtones. Il nous faut promouvoir la collaboration entre des intervenants issus de disciplines, d'organismes et de secteurs divers et miser sur les cadres actuels de décideurs et de chercheurs pour renforcer les capacités au chapitre de la santé des Autochtones dans des secteurs de priorités communes.

J'aimerais laisser le dernier mot au Comité sénatorial sur la santé des populations en citant son quatrième rapport, dans lequel il affirme qu'il est inacceptable qu'un pays privilégié comme le Canada continue à tolérer de telles disparités en matière de santé.

**Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive, Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire :** Notre organisme travaille au nom des RSC, les représentants en santé communautaire. Les RSC sont des fournisseurs auxiliaires de soins de santé de première ligne au service des collectivités des Premières nations et des Inuits depuis 47 ans. Bon nombre de ces collectivités sont situées dans des régions éloignées ou isolées. Chaque année, nous offrons une séance nationale de formation sur la promotion d'une santé globale afin de renforcer les capacités à l'égard des divers enjeux, depuis la prévention de la violence jusqu'à la création de ressources dans le domaine du VIH/sida ou pour garder les aînés autochtones actifs, en passant par l'usage abusif du tabac, la prévention des blessures et le diabète. Pour réduire l'écart, nous devons nous attaquer aux inégalités. Mon exposé portera sur la façon dont les RSC peuvent faciliter l'atteinte de cet objectif.

En ce qui concerne la santé des populations, tout changement souhaité se produira à l'échelle communautaire. L'approche des RSC consiste à aborder la santé selon un modèle de mieux-être, à l'aide d'initiatives de promotion de la santé, d'éducation en matière de santé et de prévention des maladies. Les RSC jouent un rôle essentiel en ce qui a trait à la santé communautaire; ils surveillent le bien-être de leurs collectivités. En tant que fournisseurs de soins de santé travaillant directement auprès des gens, ils constituent la première ligne de défense et relèvent les problèmes, ils facilitent les interventions en collaboration avec d'autres membres de leur équipe de santé. Voilà le niveau auquel travaillent les RSC. Ils sont essentiels à la prestation de services dans un contexte local, ils sont une bouée de sauvetage en santé communautaire, et pourtant, de nombreux RSC manquent de soutien.

La Commission royale sur les peuples autochtones a déclaré que le programme des RSC est une des initiatives qui ont le mieux contribué à la participation des Autochtones à la promotion de leur santé. Elle a ajouté que les RSC peuvent notamment beaucoup aider les collectivités autochtones et les gens à assumer leurs responsabilités personnelles et collectives en matière de santé.

Nous espérions qu'une telle déclaration dans un rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones ouvrirait la voie à plus de soutien aux RSC et à un renforcement de leur capacité. Malheureusement, au lieu de constater un meilleur appui à ce programme et à ses importants fournisseurs auxiliaires de soins de santé de première ligne à qui des collectivités des Premières

removed from the compendium of programs at the federal level, and operational funding to the CHRs national organization was cut off. I believe that was in 1999 or 2000.

CHRs work with all community members within all stages of life, from promoting good preconception health, right up to providing comfort to those in the last stages of their life. In looking at closing the gap, one must look at the fact that on average First Nation and Inuit peoples' life expectancy is 5 to 10 years less than Canadians as a whole.

We need a well-trained community health provider who knows their community and has the trust of the population to help people work together on the modifiable factors to extend life expectancy; namely lifestyle, diet, exercise, driving safely, reducing misuse and abuse of tobacco and facilitating access to health care.

All these are within the scope of CHR duties. They can generate a positive impact but they need training, ongoing continuing education opportunities, sufficient culturally appropriate resources and wage parity.

It has been frequently stated that we need more health care professionals, yet there is an important workforce within First Nation and Inuit communities that is not being supported to build their skills capacity. The National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization has developed a capacity development roadmap called Road to Competency, but that initiative has not moved forward since March 2007.

Some who have stated that the role of CHRs has diminished or communities are not hiring CHRs. What NICHRO has noted is that the CHRs are being re-titled. Instead of building capacity and increasing the numbers of these paraprofessional health providers, a variety of new program positions are created. These new program workers are doing what CHRs have done for almost 50 years. This re-titling of CHRs has undermined the CHR program and CHRs ability to work across lifespans. New mothers are now under the responsibility of the newly created CPNP — the Canadian Pre-natal Nutrition Program, and elders deal with the newly created Aboriginal Diabetes Initiative worker. These programs are important but lead to program silos which have caused voids in health care delivery.

Work to increase the number of CHRs and their skills capacity is needed now more than ever, as we consider the lack of health professionals in this country. For isolated and remote First Nation and Inuit communities this is especially important as they suffer from periods when there is no nurse and only have access to

nations et des Inuits font confiance, nous avons été témoins du fait que le programme des RSC a été retiré du compendium des programmes à l'échelon fédéral et que les fonds de soutien à l'organisme national des RSC ont été réduits. Je crois que c'était en 1999 ou en 2000.

Les RSC travaillent avec tous les membres des collectivités, à toutes les étapes de la vie; ils offrent des services allant de la promotion d'une bonne santé avant la grossesse jusqu'au réconfort offert aux gens à la fin de leur vie. Pour réduire l'écart, on doit tenir compte du fait que, en moyenne, l'espérance de vie des membres des collectivités des Premières nations est de cinq à dix ans inférieure à celle des Canadiens en général.

Nous avons besoin de fournisseurs de soins de santé communautaires dûment formés et en qui la population a confiance, afin d'aider les gens à travailler ensemble sur les facteurs modifiables dans le but de prolonger l'espérance de vie, c'est-à-dire le mode de vie, l'alimentation, l'exercice, la conduite sécuritaire, la réduction de la consommation de tabac et la facilitation de l'accès aux soins de santé.

Tous ces facteurs s'inscrivent dans les fonctions des RSC. Ils peuvent générer des répercussions positives, mais, pour le faire, ils ont besoin de formation, d'occasions d'apprentissage continu, de suffisamment de ressources appropriées sur le plan culturel et de pouvoir bénéficier de l'équité salariale.

Il a souvent été mentionné que nous avons besoin de plus de professionnels des soins de santé; pourtant, une main-d'œuvre importante au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits ne reçoit pas le soutien nécessaire pour acquérir des compétences. L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire a préparé une feuille de route visant la question des compétences intitulée La voie de la compétence, mais cette initiative n'a pas évolué depuis mars 2007.

Certaines personnes affirment que le rôle des RSC a diminué ou que les collectivités n'embauchent personne. L'ONRIISC a constaté que l'on est en train de redéfinir le titre de RSC. Plutôt que de renforcer les capacités et d'accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé auxiliaires, on crée divers nouveaux postes au sein du programme. Ces nouveaux travailleurs font le même travail que les RSC font depuis près de 50 ans. Ce nouveau titre donné aux RSC mine leur programme et leur capacité de travailler auprès des personnes de tous âges. Les jeunes mères sont maintenant sous la responsabilité des travailleurs du nouveau PCNP — le Programme canadien de nutrition prénatal —, puisque les aînés ont maintenant affaire aux travailleurs de la nouvelle Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Ces programmes sont importants, mais ils mènent à un cloisonnement des programmes qui engendre des manques dans la prestation des soins de santé.

Puisque nous sommes témoins d'un manque de professionnels de la santé dans notre pays, il faut maintenant, plus que jamais, travailler à accroître le nombre de RSC et à renforcer leur capacité. Cela est d'autant plus important pour les membres des collectivités isolées des Premières nations et des Inuits, car ils

fly-in doctors. The amount of time these workers spend is limited and does not provide continuity and opportunity to build trust relationships, both which enable better health outcomes.

In conclusion, the means NIICHRO sees of advancing the agenda of closing the gap is two-fold: Reinstate the CHR program in such a manner that it can evolve to respond to community needs now and in the future; and a policy that supports program delivery through CHRs, as they are the stable and trusted health care provider with expert knowledge of the local context.

The chair of this subcommittee, Senator Keon, in a recent presentation at the Aboriginal Child Rearing Showcase Conference stated that building human capital will lead to health capital. NIICHRO is in agreement with that statement as it relates to CHRs. Increasing the number and skills capacity of CHRs will bring better health outcomes at the local level.

**Peter Dinsdale, Executive Director, National Association of Friendship Centres:** Let me start by saying it is an honour to appear before the committee. I would like to acknowledge the other presenters. It is a great honour for us to be sharing this time with you. I also would like to acknowledge the clerk and all the work she had done chasing me around the country to make sure my stuff was in on time.

None of these things happen in isolation. I would like to acknowledge the great work of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, which has done a lot of excellent work on the social determinants of Aboriginal health.

We also had an opportunity to work with the Canadian Reference Group to the World Health Organization on social determinants of health, and had a great opportunity to provide feedback specifically on some Aboriginal issues. None of this happens in a vacuum. In our presentation today, we are trying to build upon the shoulders of all these leaders we have been talking with.

In case some of you are not aware, the National Association of Friendship Centres is a national Aboriginal organization. Sometimes we only talk about five; there are many others and we are one of them. We represent the concerns and interests of 120 Friendship Centres across Canada, from coast to coast to coast. They are not on reserve, but they are urban, rural and remote. Our mission is to improve the quality of life of Aboriginal peoples in these areas.

We provide about \$114 million in programming on the ground through a variety of partnerships. About one third is other provincial and territorial governments investing; one third is other federal departments, including Health Canada, through some of

vivent des périodes au cours desquelles aucune infirmière n'est disponible et où ils n'ont accès qu'à des médecins se déplaçant en avion. Le temps que ces travailleurs consacrent aux collectivités en question est limité, et cela ne favorise pas la continuité ni l'établissement de relations de confiance, qui sont les éléments qui donnent les meilleurs résultats en matière de santé.

En conclusion, l'ONRIISC croit qu'il y a deux moyens de réduire l'écart : rétablir le programme des RSC de façon à ce qu'il puisse évoluer pour répondre aux besoins actuels et futurs des collectivités, et élaborer une politique qui viendrait appuyer la mise en œuvre du programme par l'entremise des RSC, car ceux-ci sont des fournisseurs de soins de santé stables et dignes de confiance, qui possèdent l'expertise du contexte local.

Dans un exposé qu'il a présenté récemment dans le cadre d'une conférence sur l'éducation des enfants autochtones, le président du sous-comité, le sénateur Keon, a déclaré que le renforcement du capital humain mènera à un meilleur capital santé. L'ONRIISC est d'accord avec le sénateur Keon sur ce point pour ce qui est des RSC. L'augmentation du nombre de RSC et le renforcement de leurs capacités entraîneront de meilleurs résultats en matière de santé à l'échelle locale.

**Peter Dinsdale, directeur exécutif, Association nationale des centres d'amitié :** Permettez-moi de commencer par dire que c'est un honneur que de comparaître devant le comité. J'aimerais saluer les autres témoins. C'est un grand honneur pour nous de partager le temps passé ici avec vous. J'aimerais aussi souligner les efforts déployés par la greffière, qui a dû me retracer dans mes déplacements au pays pour s'assurer que mes documents lui parviendraient à temps.

Ce genre de choses n'arrive pas tout seul. J'aimerais insister sur l'excellent travail du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone dans le domaine des déterminants sociaux de la santé des Autochtones.

Nous avons également pu travailler avec le Groupe de référence canadien de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, ce qui a été une excellente occasion pour nous de fournir une rétroaction précise au sujet des enjeux qui touchent les Autochtones. Rien de tout cela ne se fait dans le vide. L'exposé que nous vous présentons aujourd'hui est fondé sur les discussions que nous avons eues avec tous ces chefs de file.

Au cas où certains d'entre vous ne le sauraient pas, l'Association nationale des centres d'amitié est une organisation autochtone nationale. Nous ne parlons parfois que de cinq organisations, mais il y en a de nombreuses autres, et nous sommes l'une d'entre elles. Nous exprimons les préoccupations et défendons les intérêts de 120 centres d'amitié d'un peu partout au Canada. Ces centres ne sont pas situés dans les réserves, mais se trouvent en milieu urbain, dans le milieu rural et dans des régions éloignées. Notre mission est d'améliorer la qualité de vie des Autochtones qui vivent dans ces régions.

Nous offrons des programmes d'une valeur d'environ 114 millions de dollars dans le cadre de toutes sortes de partenariats. Environ le tiers de cette somme découle des investissements d'autres gouvernements provinciaux et

the children's programs that were discussed today; and the other third is a variety of sources, including municipal, own-source revenue generation and other foundations.

We have included a more robust presentation. I will not go through it slide by slide, but there is a map showing where the Friendship Centres are located across Canada.

The thrust of my presentation is to highlight the challenges facing urban areas specifically. It is not to minimize the challenges experienced elsewhere, but it is a policy thrust that often gets ignored in program and service development which occurs after these issues are addressed. We have heard about some of that isolation today.

The 2000 census showed 54 per cent of all Aboriginal people live in cities. I will ask you in your deliberations, have you found that 54 per cent of the policy and program responses are geared toward addressing this population? I will tell you they are not.

One in 10 of the residents in Winnipeg are Aboriginal. We are seeing huge growth in areas like Edmonton and Halifax; in fact, all over the country, the urban population is growing. Just about half, 48 per cent of the population in the 2006 census, is under the age of 25.

As a service delivery provider, we are dealing with a very urban, young and impoverished population for all those reasons that the social determinants of health will talk about. This is the policy challenge we face every day, yet this is not the kind of program focus provided on the ground. That is the real problem for us.

You know the social determinants of health broadly. You know there are specific Aboriginal social determinants of health that have been articulated by the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, the AFN and others, who have done great work in addressing some of these issues.

As a national body, we are in the process of articulating some urban Aboriginal social determinants of health. In my short time with you, I would like to focus on poverty. I am glad Mr. Reading said he thought it was one of the more significant issues.

I will provide an example of how poverty has a different focus in urban areas, and how the policy response will be different but we never get to this level of conversation in the Aboriginal community.

I will focus first on participation rate in the Canadian economy. The 2006 census showed that 66.9 per cent of all Canadians participate in the Canadian economy. The total

territoriaux: un autre tiers vient d'autres ministères du gouvernement fédéral, dont Santé Canada, par l'intermédiaire de certains des programmes pour les enfants dont il a été question aujourd'hui; le dernier tiers provient de toutes sortes de sources, notamment les administrations municipales, de la génération de recettes autonomes et d'autres fondations.

Nous avons fourni un exposé plus étayé. Je ne vais pas passer les diapositives une par une, mais il y en a une sur laquelle vous pouvez voir une carte qui montre où sont situés les centres d'amitié au Canada.

Le but de mon exposé est de mettre en lumière les problèmes qui se posent en milieu urbain surtout. L'objectif est non pas de minimiser les problèmes vécus ailleurs, mais plutôt d'aborder un aspect des politiques dont on ne tient pas compte bien souvent dans le processus d'élaboration des programmes et des services qui se déroule une fois que ces enjeux ont été abordés. Nous avons entendu parler de cet isolement aujourd'hui.

Selon le recensement de 2000, 54 p. 100 des Autochtones vivent dans les villes. Je vais vous poser une question : dans le cadre de vos délibérations, avez-vous constaté que 54 p. 100 des interventions stratégiques et des programmes sont axés sur les besoins de cette population? Je vais aussi vous donner la réponse : non.

À Winnipeg, une personne sur 10 est autochtone. Nous sommes témoins d'une forte croissance de villes comme Edmonton et Halifax; en fait, un peu partout au pays, la population urbaine est en croissance. D'après le recensement de 2006, près de la moitié — 48 p. 100 — de la population est âgée de moins de 25 ans.

Comme fournisseurs de services, nous avons affaire à une population très urbaine, jeune et appauvrie, pour toutes ces raisons dont il est question quand on parle des déterminants sociaux de la santé. C'est l'enjeu stratégique auquel nous faisons face au quotidien, mais ce n'est pourtant pas sur ça que sont axés les programmes en pratique. C'est ça, le vrai problème qui se pose pour nous.

Vous connaissez les déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble. Vous savez que des déterminants touchant plus particulièrement les Autochtones ont été définis par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et par l'APN, entre autres, qui ont fait un excellent travail pour tenter de régler certains de ces problèmes.

À titre d'organisme national, nous sommes en train de définir des déterminants sociaux de la santé touchant les Autochtones qui vivent en milieu urbain. Comme le temps est limité, j'aimerais me concentrer sur la pauvreté. Je suis content que M. Reading ait dit qu'il s'agit selon lui de l'un des problèmes les plus importants.

Je vais illustrer par un exemple le fait que la pauvreté a une incidence différente en milieu urbain, ce qui exige une intervention stratégique différente, mais ce dont nous ne parlons jamais dans les collectivités autochtones.

Je vais d'abord aborder la question du taux de participation à l'économie du Canada. Selon le recensement de 2006, 66.9 p. 100 des Canadiens participent à l'économie

Aboriginal rate is 63.1 per cent, significantly less. For rural Aboriginal people, it is 64.2 per cent, more than total Aboriginal but still less than Canada.

Urban Aboriginal people participate at 67.5 per cent, more than the Canadian average; yet our average income is much lower. The average income for Canada is \$35,000 total family income and the total urban Aboriginal income is \$26,000 and change.

There is a variety of reasons for that disparity, including education achievement. It is easy to get low-paying jobs in cities. We believe, because of racism and discrimination in cities, we are less likely to be promoted in jobs. We are in some of these locales where average income is artificially suppressed as a result.

As Mr. Reading said, this has a tremendous impact. Part of our issue with Kelowna — and we are one of the few Aboriginal organizations that did not agree with Kelowna in the final analysis — was that it did not help a mythical Aboriginal woman living in downtown Winnipeg.

She needs to work, to finish her schooling; she needs to access training and child care. If we are to impact the Aboriginal community broadly, we have to address the needs of that mythical woman and her child. If she finishes school, gets a better job and lives in better neighbourhood, her child will go to a better school and live in a better neighbourhood. Her life and her child's life will be better for generations.

These are the kinds of strategic investments and policy focuses that are required. Yet these are not the kinds of things we are seeing in the general discourse of federal Aboriginal employment training programming, provincial responses or in that murky jurisdictional area that exists, where neither the federal government wants to show leadership nor the provincial government wants to respond.

If you think about poverty, or maybe more specifically about employment and training, what are the responses that will be required nationally, regionally and locally in order to make a difference?

Nationally, we need a federal partner that understands these challenges and is willing to act. Currently, in federal Aboriginal training employment programs, most of the focus is on a First Nation, Metis or Inuit basis. That is a great policy basis, but if 54 per cent of all Aboriginal people live in urban areas, there is a huge gap. That three-group focus does not reach non-status Indians or people across Canada. There is a huge grey area that does not get addressed with that kind of programmatic response.

du pays. Chez les Autochtones, cette proportion est de 63,1 p. 100, ce qui est beaucoup moins. Pour ce qui est des Autochtones qui vivent en milieu rural, la proportion est de 64,2 p. 100, proportion qui est donc supérieure à celle de l'ensemble des Autochtones mais qui demeure inférieure à celle de la population canadienne.

Le taux de participation des Autochtones qui vivent en milieu urbain est de 67,5 p. 100, ce qui est plus élevé que la moyenne canadienne; néanmoins, notre revenu moyen est beaucoup plus faible. Le revenu moyen au Canada est de 35 000 \$, c'est-à-dire le revenu familial total, tandis que le revenu total des Autochtones qui vivent en milieu urbain est de 26 000 \$ et des poussières.

Cet écart s'explique par toutes sortes de choses, y compris le degré de scolarité. C'est facile de trouver un emploi mal payé en ville. À notre avis, nous sommes moins susceptibles d'obtenir des promotions à cause du racisme et de la discrimination qui existent dans les villes. Dans certaines villes, nous voyons le revenu moyen supprimé de façon artificielle en raison de cela.

Comme M. Reading l'a dit, les répercussions sont énormes. Ce qui pose en partie problème, pour nous, dans l'Accord de Kelowna — et nous sommes l'une des rares organisations autochtones à avoir fini par rejeter l'Accord de Kelowna —, c'est que celui-ci ne vient pas en aide à la femme autochtone qui vit au centre-ville de Winnipeg.

Cette femme doit travailler, elle doit terminer ses études, elle doit pouvoir accéder à la formation et aux services de garde. Si nous voulons faire quelque chose pour la communauté autochtone en général, nous devons répondre aux besoins de cette femme et de son enfant. Si elle termine ses études, si elle obtient un meilleur emploi et vit dans un meilleur quartier, son enfant va fréquenter une meilleure école et profiter du fait qu'ils vivent dans un meilleur quartier. La vie de cette femme et la vie de son enfant seront ainsi meilleures pour des générations.

Voilà le genre d'investissements et d'objectifs stratégiques qui sont nécessaires. Pourtant, ce n'est pas le genre de chose que nous voyons en général dans le discours sur les programmes de formation et d'emploi du gouvernement fédéral qui visent les Autochtones, dans les interventions des gouvernements provinciaux ni dans cette zone grise des champs de compétence où le gouvernement fédéral ne veut pas faire preuve de leadership et où les gouvernements provinciaux ne veulent pas intervenir.

Pour ce qui est de la pauvreté, ou peut-être plus précisément de l'emploi et de la formation, quelles sont les interventions qui seront nécessaires à l'échelle nationale, régionale et locale pour changer les choses?

À l'échelle nationale, il faut que notre partenaire fédéral comprenne ces problèmes et soit disposé à agir. À l'heure actuelle, dans tous les programmes d'emploi et de formation visant les Autochtones, l'accent est mis sur les Premières nations, les Métis ou les Inuits. C'est un excellent fondement pour les politiques, mais, si 54 p. 100 des Autochtones vivent en région urbaine, il y a une énorme lacune à cet égard. En mettant l'accent sur ces trois groupes, on ne parvient pas à joindre les gens ou les Indiens non inscrits qui vivent un peu partout au Canada. Il y a une vaste zone grise pour laquelle ce genre de programme reste inefficace.

Economic development strategies need to make sure they are reaching people where they live and providing access to capital and appropriate training. The focus of the Aboriginal economic development strategy in urban areas will be different than in rural and remote areas. This is not oil and gas; it is starting small businesses.

Until the provincial and federal thinking around Aboriginal programming changes, we will continue to only talk about oil and gas and resource extraction. We will not talk about small businesses in urban areas where our people are living.

Regionally, we need to make sure that labour market initiatives and agreements among provinces, the federal government and cities work for urban Aboriginal people. That is not always the case for a variety of reasons.

Locally, we need to make sure daycare funding is available. We need to ensure we do not have an artificial barrier that because you are an urban Aboriginal person, you are not able to access the federal employment training program — which exists sometimes right now.

This is the kind of policy approach and lens that needs to be used if we are going to take a serious run at addressing the issues in a systemic way across Canada.

You have asked a number of specific questions and we responded to them in our presentation. Because I have a limited amount of time, I will end with recommendations.

We have hinted at a bunch of them. I want to also mention that the Aboriginal Friendship Centre Program was cut by 25 per cent in the 1990s—1996 to be exact. Not one cent has been invested in it since. With inflation, that is nearly a 50 per cent reduction in purchasing power.

Imagine if your Senate offices were restricted to 1996 dollars in terms of how you could staff your offices and the work you were able to do. Image if this committee's dollars were in 1996 dollars. This is what is facing our front line community agencies across the country.

Some of our executive directors are being paid \$40,000 a year. They are doing great work for that, but we are not attracting the best to serve this growing and emerging problem.

We served 1.3 million client contacts across the country last year through these agencies. We need to leverage significant provincial, federal and local support for the programs and services. This is a complex job. We need highly trained and

Les stratégies de développement économique doivent être conçues de façon à atteindre les gens là où ils vivent et à offrir un accès au capital et à une formation adéquate. L'orientation d'une stratégie de développement économique visant les Autochtones qui vivent en milieu urbain est nécessairement différente de celle d'une stratégie visant les Autochtones qui vivent en milieu rural ou en région éloignée. On ne parle pas ici de pétrole et de gaz; il s'agit de la création de petites entreprises.

Tant que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux n'auront pas commencé à réfléchir à des modifications qui pourraient être apportées aux programmes visant les Autochtones, nous allons continuer de ne parler que du pétrole et du gaz et de l'extraction des ressources. Nous n'allons pas parler des petites entreprises des régions urbaines où les gens de notre communauté vivent.

À l'échelle régionale, nous devons nous assurer que les initiatives relatives au marché du travail et les ententes conclues entre les provinces, le gouvernement fédéral et les villes fonctionnent pour les Autochtones en milieu urbain. Ce n'est pas toujours le cas, pour toutes sortes de raisons.

À l'échelle locale, il faut nous assurer que le financement des garderies est accessible. Il faut nous assurer qu'il n'y a pas d'obstacles artificiels pour les Autochtones qui vivent en milieu urbain à l'accès aux programmes de formation et d'emploi du gouvernement fédéral — ce qui est parfois le cas à l'heure actuelle.

C'est le genre d'approche stratégique et d'optique qu'il faut adopter si nous voulons vraiment régler les problèmes de façon systématique partout au Canada.

Vous avez posé plusieurs questions précises, et nous y avons répondu dans notre mémoire. Comme le temps est limité, je vais conclure sur quelques recommandations.

Nous avons présenté certains éléments de beaucoup de recommandations. Je veux également mentionner que le budget du Programme des centres d'amitié autochtone a été réduit du quart dans les années 1990 — en 1996, pour être précis. Pas un cent n'a été investi dans ce programme depuis. Avec l'inflation, ça représente une réduction de près de la moitié du pouvoir d'achat.

Imaginez la situation si vos bureaux devaient fonctionner avec le budget de 1996, comment vous pourriez embaucher du personnel pour vos bureaux et le travail que vous pourriez faire. Imaginez ce qui arriverait si le budget du comité était celui de 1996. C'est à cette situation que font face nos organismes communautaires de première ligne partout au pays.

Certains de nos directeurs généraux touchent 40 000 \$ par année. Ils font un excellent travail en échange, mais nous n'arrivons pas à attirer les meilleurs éléments pour régler ce problème de plus en plus important.

Nous avons offert des services à 1.3 million de clients dans l'ensemble du pays l'an dernier par l'intermédiaire de ces organismes. Nous avons besoin d'un important soutien de la part des provinces, du gouvernement fédéral et des organisations

educated people, but we also need to be competitive in this wage economy.

One thing this committee can do is recommend that the Department of Canadian Heritage respond appropriately and take safe stewardship of the program they have, which is called the Aboriginal Friendship Centre Program.

That is my presentation. There are other direct questions that you asked of us as presenters here today, and I will be pleased to answer them afterwards if you would like to explore them.

**Rosella Kinoshameg, President, Aboriginal Nurses Association of Canada:** Thank you for inviting me to this panel. I am the President of the Aboriginal Nurses Association of Canada and I am in my second term. However, I have been with the association since its beginning. We came together in 1974 and became formally established in 1975.

We are the only Aboriginal professional nursing organization in Canada. It recognizes that Aboriginal people's health needs can be best met and understood by health professionals of a similar cultural background.

We do have our vision as the wellness of Aboriginal people. That is in a broad sense. Therefore, our mission is to improve the health by supporting Aboriginal nurses and to promote the development of Aboriginal health nursing practices. Our nurses stretch across Canada. We have a representative from each province on our board but a few of those seats are vacant right now either because we do not have nurses in those communities or there is no one available to take on those seats.

The nurses that we have that belong to our association work in communities in various capacities. Quite often, our nurses are considered the experts in Aboriginal health and they should be because that is what they do. As a president, I do all of that, too.

Our present numbers cannot meet the demands of the health requests that are out there right now. Forty-one per cent of Canadian nurses are over the age of 45 and you all know that; that is a known fact now. Twenty-five per cent of the nurses of Aboriginal ancestry are over the age of 45. The baby-boomers are leaving the work force and are entering retirement. I, myself, will be doing that very soon. Less than 1 per cent of registered nurses in Canada are First Nations, Inuit and Metis. That is a very low number.

By the year 2011, there will be a nursing shortfall of 78,000 and that will increase to 113,000 by the year 2016. The numbers simply are not there.

locales pour offrir nos programmes et nos services. C'est une tâche complexe. Nous avons besoin de gens ayant reçu une bonne formation, qui ont un bon degré de scolarité, mais nous devons également être concurrentiels, au sein d'une économie fondée sur les salaires.

L'une des choses que le comité peut faire, c'est de recommander au ministère du Patrimoine canadien de réagir de façon adéquate et de gérer de façon sûre son programme, le Programme des centres d'amitié autochtones.

Voilà. Vous nous avez posé d'autres questions directes, à nous témoins, et je serai heureux d'y répondre tout à l'heure, si vous le souhaitez.

**Rosella Kinoshameg, présidente, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :** Merci de m'avoir invitée à participer à la séance. Je préside l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, et j'en suis à mon second mandat. Cependant, je suis membre de l'association depuis sa création. Nous nous sommes regroupés en 1974 et avons officiellement établi notre association en 1975.

Nous sommes la seule organisation de professionnels des soins infirmiers autochtones du Canada. Nous savons que les besoins des Autochtones en matière de santé sont mieux comblés et compris par les professionnels de la santé qui ont un bagage culturel semblable.

Nous avons notre propre vision du mieux-être des Autochtones. Je parle d'une vision générale. Ainsi, notre mission est de promouvoir la santé en soutenant les infirmières et les infirmiers autochtones et en favorisant la mise au point de pratiques propres aux Autochtones en matière de soins infirmiers. Nos membres travaillent un peu partout au Canada. Il y a un représentant de chacune des provinces au sein de notre conseil, mais il y a quelques sièges vacants à l'heure actuelle, soit parce que nous ne comptons aucun membre dans certaines collectivités, soit parce que personne n'est disponible pour occuper ces places.

Les infirmières et infirmiers membres de notre association occupent différentes fonctions dans les collectivités. Bien souvent, nos membres sont considérés comme étant les spécialistes de la santé des Autochtones, et ça devrait être toujours le cas, parce que c'est leur domaine. Comme présidente, je fais moi-même tout ça.

Pour l'instant, notre effectif n'arrive pas à répondre aux besoins en matière de santé. Quarante et un pour cent des infirmières et infirmiers du Canada ont plus de 45 ans, et c'est quelque chose que vous savez tous; c'est un fait qui est maintenant bien connu. Vingt-cinq pour cent des infirmières et infirmiers autochtones ont plus de 45 ans. Les baby-boomers quittent la population active et prennent leur retraite. Je vais moi-même le faire très bientôt. Moins de un pour cent des infirmières et infirmiers autorisés du Canada sont membres des Premières nations ou sont inuits ou encore métis. C'est très peu.

En 2011, il y aura un manque à gagner de 78 000 infirmières et infirmiers, et ce chiffre va passer à 113 000 d'ici 2016. Il n'y a tout simplement pas suffisamment de gens.

As an association, we have developed partnerships with CASN — the Canadian Association of Schools of Nursing — and CAN — the Canadian Nurses Association. Hopefully, we will increase the number of nurses or nursing students. It is not a formal partnership but we are aligned with the Canadian Nurses Foundation to increase scholarships for Aboriginal nursing students in the baccalaureate, masters and nurse practitioner categories and for people doing research in the communities.

We also want to support nursing students through mentoring programs. Our association ran such a pilot project this past year. We will also be looking forward to doing a mentoring program for nurses when they finish their entry into their practice because they need it when they go into their communities.

I will not go into all the determinants of health that were discussed because they are all true. You all know that. However, I did look at all the possibilities and options that were put out for consideration and I can see the consideration of those three options to some extent.

There must be consultation. I have been in situations where one Aboriginal person speaks up and that is considered consultation. I am not referring to that kind of consultation. There must be consultation with Aboriginal people; there must be involvement and full participation of the Aboriginal leaders. That is a must.

All areas across Canada are different. We cannot generalize them or say a “pan-Canadian approach” because one size will not fit all. They all must be different.

Perhaps we have to focus on selected determinants; that may have to be the approach to go in some areas. We also may need to strengthen peer learning for greater sharing of experiences and approaches. Some areas have gone ahead and done great work where they were. They have successful programs and that needs to be shared with others so that others are aware that the wheel does not need to be reinvented.

Aboriginal leaders must be consulted or else it will not go anywhere; they must be involved. Also, I do not think it can come down from the top to the bottom. It has to go to the bottom leaders and then work with those people.

I would suggest maybe bringing one or two Aboriginal leaders from each area together to a training session or a strategic planning session to discuss what has been presented in terms of the population health and the determinants of health — or, maybe, we should say “determinants of wellness” — the health disparities and the statistics that have been presented.

Nous avons conclu des partenariats avec l'ACESI — l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières — et avec l'ACII — l'Association canadienne des infirmières et infirmiers. Nous espérons faire en sorte que le nombre d'infirmières et d'infirmiers ou d'étudiants en soins infirmiers augmente. Sans conclure un partenariat officiel, nous avons convenu avec la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada de majorer les bourses offertes aux étudiants autochtones en soins infirmiers au baccalauréat et à la maîtrise, aux infirmières et infirmiers praticiens et aux gens qui font des recherches au sein des collectivités.

Nous souhaitons également venir en aide aux étudiants en soins infirmiers grâce à des programmes de mentorat. Nous avons mené un projet pilote à cet égard au cours de l'année écoulée. Nous souhaitons également offrir un programme de mentorat aux infirmières et infirmiers qui commencent véritablement à pratiquer, parce qu'ils ont besoin d'un encadrement lorsqu'ils commencent à travailler dans la collectivité.

Je ne vais pas parler de tous les déterminants de la santé dont il a été question ici, parce que tout ça est vrai. Ce sont des choses que vous savez tous. Cependant, j'ai examiné toutes les possibilités et toutes les options qui ont été présentées, et je peux envisager une réflexion sur ces trois options dans une certaine mesure.

Il faut qu'il y ait des consultations. J'ai vécu des situations où un Autochtone s'était exprimé, et on considérait que c'était des consultations. Ce n'est pas de ce genre de consultations dont je parle. Il faut qu'il y ait des consultations auprès des Autochtones; il faut que les leaders autochtones participent pleinement au processus. C'est impératif.

Toutes les régions du Canada sont différentes. Nous ne pouvons pas généraliser et parler d'une « approche panafricaine », parce qu'il n'y a pas de solution universelle. Il faut que les solutions soient toutes différentes.

Il faudrait peut-être que nous nous concentrions sur certains déterminants; c'est peut-être l'approche qu'il faut adopter dans certains domaines. Nous devons également renforcer le processus d'apprentissage auprès des pairs afin de favoriser les échanges au sujet des expériences vécues et des différentes approches. Dans certaines régions, on l'a fait, et le travail effectué est excellent. Les programmes créés fonctionnent, et c'est quelque chose qui doit être partagé avec les autres, pour qu'ils sachent qu'ils n'ont pas à réinventer la roue.

Il faut consulter les leaders autochtones, sans quoi ça n'ira nulle part: ils doivent participer. Par ailleurs, je ne pense pas que le processus peut être descendant. Il faut laisser l'initiative aux leaders qui sont en bas et travailler avec ces gens.

Je proposerais peut-être qu'on demande à un ou deux leaders autochtones de chacune des régions de participer à une séance de formation ou à une séance de planification stratégique commune et de discuter de ce qui a été présenté au chapitre de la santé des populations et des déterminants de la santé — ou peut-être devrions-nous dire des « déterminants du mieux-être » —, des écarts en matière de santé et des chiffres qui ont été présentés.

These things do not filter down to the people at the bottom level and I think we should see a movement once they know all these things — the statistics and what population health is and what the social determinants of health are. I know there are people that are already familiar with those but there are others who are not familiar with those terms.

We need to engage Aboriginal leaders in capacity building, training in the terms we have discussed — population health — and even develop their capacity to participate in this whole process.

As far as coordinating and integrating activities of different departments and agency, they have to be coordinated and the policies need to be coordinated because I have experienced being passed from one department to another or from the federal to the provincial. Each says is it not their issue; it is a back-and-forth battle all the time.

There is a need to access current process of programs, services and funding areas. Population numbers are sometimes being used to determine the level of funding and I think simply using numbers and not looking at communities sets a system to fail.

I had suggested that this Subcommittee on Population Health take the lead in terms of bringing all these people together so it can all be discussed. Part of that is being done today but it is a small group. We need to broaden that to include other people so everyone is engaged.

Perhaps we need to have pilot projects that include the various levels of communities: Those communities that are isolated or small or those that are close to the urban or large centres because they are all different.

Capacity building is also very important. There needs to be authority over the resources. There must be flexibility to address what needs to be done in your own community.

In talking about closing the gap, we should bring together the First Nations Inuit Health Branch, INAC, Health Canada and the health integrated networks now in place. That will allow them to address those gaps so that they are not working in isolation. We need to work more closely together to ensure that there are no gaps.

Traditional teachings say we need to listen with our eyes, our ears and our hearts. At a session I was at this morning they talked about the need to listen and to love so that we can do the healing. That love will come from our hearts. When we do that, healing will take place among our people. Meegwetch.

Ces choses ne se rendent pas aux gens qui sont en bas, et je pense que nous devrions être témoins d'un mouvement une fois qu'ils seront au courant de toutes ces choses — les chiffres et la définition de la santé des populations et des déterminants sociaux de la santé. Je sais qu'il y a des gens qui connaissent déjà ces choses, mais il y en a encore qui ne connaissent pas ces termes.

Nous devons solliciter la participation des leaders autochtones au renforcement des capacités, à la formation par rapport aux termes dont nous avons parlé — la santé des populations — et même faire en sorte qu'ils acquièrent la capacité de participer à tout le processus.

Pour ce qui est de la coordination et de l'intégration des activités des différents ministères et organismes concernés, il faut qu'elles soient coordonnées et que les politiques continuent de l'être aussi, parce que j'ai vécu la situation où on est renvoyé d'un ministère à l'autre et de l'échelon fédéral à l'échelon provincial. Tout le monde dit que ce n'est pas son problème; on se renvoie constamment la balle.

Il faut examiner le processus actuel des programmes, des services et des secteurs de financement. Les chiffres concernant la population sont parfois utilisés pour déterminer le niveau de financement, et je pense que le fait d'utiliser seulement les chiffres et de ne pas examiner la situation des collectivités mène à l'échec du système.

J'ai proposé au Sous-comité de la santé des populations qu'il prenne l'initiative pour ce qui est de réunir tous ces gens, pour que tout ça puisse faire l'objet de débats. C'est en partie ce que nous faisons ici aujourd'hui, mais c'est un petit groupe. Il faut élargir ça pour que tout le monde participe.

Peut-être faudrait-il lancer des projets pilotes visant différents types de collectivités : les collectivités isolées ou petites ou encore celles qui sont près de centres urbains ou de grands centres, parce qu'elles sont toutes différentes.

Le renforcement des capacités est également quelque chose de très important. Il faut qu'une autorité soit exercée sur les ressources. Il est nécessaire d'avoir une marge de manœuvre suffisante pour pouvoir faire ce qui doit être fait dans sa collectivité.

Pour ce qui est de réduire l'écart, nous devrions réunir les responsables de la Direction générale de la santé des Premières nations, et des Inuits, d'AINC, de Santé Canada et des réseaux locaux d'intégration des soins de santé qui sont maintenant en place. Cela leur permettrait de combler ces lacunes pour éviter de travailler de façon isolée. Nous devons collaborer plus étroitement pour nous assurer qu'il n'y ait pas d'écart.

Selon les enseignements traditionnels, nous devons être attentifs, avec nos yeux, nos oreilles et nos coeurs. J'ai participé à une séance ce matin où on a parlé du fait qu'il est nécessaire d'écouter et d'aimer, pour pouvoir favoriser la guérison. Cet amour, nous le trouverons dans notre cœur. Lorsque nous le ferons, la guérison aura lieu au sein de notre peuple. Meegwetch.

**The Chair:** The senators have questions for all of you. I have a question for Ms. Dedam-Montour, Ms. Kinoshameg and Mr. Dinsdale to answer, as well as anyone else who wishes to respond.

We had a careful look at the Cuban health system so that we could study the polyclinics in the communities on the ground, where they offer primary health services, education, social services, promotion of productivity, et cetera. We came back convinced and prepared a report to say that this model could be most helpful in Canada, in particular to First Nations.

Ms. Kinoshameg, what impressed me about the polyclinics is that they do provide not only services but also the development of human capital in the broadest context. They were not afraid to step over the boundaries. For example, we have heard from some Canadian nurses that one problem with getting Aboriginal nurses is that there are not enough people in the Aboriginal communities qualified to get into nursing. Cubans do not worry about that. They train nurses to whatever level they can get them to in the local polyclinics. As well, they train other health professionals needed in local polyclinics. They meet their manpower needs locally with training on site in the polyclinics.

Since you are a nurse, what do you think of that? The same applies to the doctors. There are two big medical schools in Havana, but 16 small educational schools in the polyclinics. They train the doctors to whatever level they can and they have literally hundreds of doctors. They have the lowest doctor-patient ratio perhaps in the world.

I know how concerned nurses' associations are about their standards, which is understandable, and the medical profession has the same concern. What do you think of the polyclinic model? I invite you to respond first, Ms. Kinoshameg, but I want to hear from Mr. Dinsdale and Ms. Dedam-Montour as well.

Mr. Dinsdale, I want you to explore this because the friendship centre that I visited could become the nucleus for community development in the cities in the form of polyclinics, educational facilities, social services and educational programs that lead to productivity and employment.

**Ms. Kinoshameg:** I would have to look into the model you are talking about. I have not studied it but I know that we are working with schools of nursing and with the Canadian Nurses Association to do something with our nursing schools across Canada so we can recruit more Aboriginal students and keep them. There is a need to ensure cultural sensitivity in the programs. Many nursing students do not stay in the programs because of things that happen, how they are treated or how they are spoken to. We need to make changes in the system so that

**Le président :** Les sénateurs ont des questions pour vous tous. J'ai moi-même une question pour Mme Dedam-Montour, Mme Kinoshameg et M. Dinsdale, ainsi que pour toutes les autres personnes qui voudront y répondre.

Nous avons examiné attentivement le système de santé cubain, afin d'étudier les polycliniques des collectivités sur le terrain, où l'on offre les services de soins de santé primaires, la formation, les services sociaux, et où l'on fait la promotion de la productivité, entre autres. Nous sommes revenus de là-bas convaincus, et nous avons rédigé un rapport dans lequel nous disons que ce modèle pourrait être très utile au Canada, et en particulier pour les Premières nations.

Madame Kinoshameg, ce qui m'a impressionné, dans les polycliniques, c'est qu'on y offre non seulement les services, mais également la possibilité d'accroître le capital humain au sens le plus large. Les gens là-bas n'ont pas peur de dépasser les frontières. Certaines infirmières canadiennes, par exemple, nous ont dit que l'un des problèmes, pour ce qui est de trouver des infirmières autochtones, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de gens dans les collectivités autochtones qui ont les qualifications nécessaires pour s'inscrire à un programme de soins infirmiers. Les Cubains ne se préoccupent pas de ça. Ils forment les infirmières le mieux possible dans les polycliniques locales. De même, ils forment d'autres professionnels de la santé dont on a besoin dans les polycliniques locales. Ils répondent à leurs besoins en matière de ressources humaines à l'échelle locale, en offrant la formation sur place dans les polycliniques.

Comme vous êtes infirmière, qu'en pensez-vous? Ça s'applique également aux médecins. Il y a deux grandes écoles de médecine à la Havane, mais il y a aussi 16 petites écoles de formation dans les polycliniques. On forme des médecins le mieux possible, et il y a des centaines de médecins là-bas. C'est peut-être à Cuba que le nombre de patients par médecin est le plus bas dans le monde.

Je sais que les normes sont une préoccupation importante pour les associations d'infirmières et d'infirmiers, ce qui est compréhensible, et la profession médicale partage cette préoccupation. Que pensez-vous du modèle des polycliniques? Je vous invite à répondre en premier, madame Kinoshameg, mais j'aimerais aussi entendre ce que M. Dinsdale et Mme Dedam-Montour ont à dire là-dessus.

Monsieur Dinsdale, j'aimerais que vous abordiez cette question, parce que le centre d'amitié que j'ai visité pourrait devenir le noyau du développement communautaire des villes sous forme de polycliniques, d'établissements d'enseignement, de centres de services sociaux et de programmes d'éducation menant à la productivité et à l'emploi.

**Mme Kinoshameg :** Il faudrait que je prenne connaissance du modèle dont vous parlez. Je ne l'ai pas étudié, mais ce que je peux vous dire, c'est que nous travaillons avec les écoles de soins infirmiers et avec l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada dans le but de faire quelque chose dans les écoles de soins infirmiers de partout au Canada pour arriver à recruter davantage d'étudiants autochtones et à faire en sorte qu'ils terminent leurs études. Il faut s'assurer que les programmes sont adaptés sur le plan culturel. Bon nombre d'étudiants en soins infirmiers quittent

they can stay and complete their nursing programs and ensure they understand that each nursing school will be doing the cultural training for their own area. In that way, the nurse will be able to go back. If they do not know their cultural teachings, they will learn them. The non-Aboriginal nurses will also learn those things so that when they go to a community, they will be able to work with the Aboriginal people in the community in a better way than they are doing now. We have a book called *Twice as Good*, because we have had to work twice as hard to get to where we are now. For me to be here today, I had to do that also.

**Senator Pépin:** You speak about nursing schools and about keeping those young women in nursing. Are you speaking about the nursing schools in general or about nursing schools for Aboriginal women? You say that they need to know more about their background and culture. Where do they train? Do they train in a special nursing school for your community?

**Ms. Kinoshameg:** I am talking about regular nursing schools across Canada, where they go to be trained. There is nothing specific for Aboriginal nurses in the communities. We take the normal stream.

**Senator Pépin:** Depending on where they come from, do they not have their cultural background?

**Ms. Kinoshameg:** Sometimes they do not have. This can happen as a result of colonization where we could not believe in or do the things that we did many years ago.

**Senator Pépin:** We were told also yesterday that the young women who are in the communities as nurses are leaders in their communities. There is a lack of nurses but we were told that they were leaders in their communities and that they could work well between different clinics. The big problem is the lack of nurses.

**Ms. Kinoshameg:** There are not enough to go around.

**Ms. Dedam-Montour:** I will comment on your reference to the Cuban model. As Ms. Kinoshameg said, we are not familiar with the polyclinics but I see the CHRs fitting in for the development of human capital at a local level. When we look at the CHRs and the road to competency and the kind of training required, currently many of them do not have a high level of education. Many of them have gone on to university or taken other kinds of nursing training but the majority are from the community. They have not had the opportunity to reach higher education levels.

leurs programmes d'études à cause des choses qui se passent, de la façon dont ils sont traités ou de la façon dont on leur parle. Il faut que nous apportions des modifications au système pour qu'ils restent et terminent leurs programmes de soins infirmiers, et aussi qu'ils comprennent que toutes les écoles de soins infirmiers vont offrir la formation culturelle pour leur propre région. Ainsi, l'infirmière va pouvoir revenir. Si elle ne connaît pas les enseignements de sa culture, ils vont lui être présentés. Les infirmières non autochtones vont aussi apprendre ces choses; comme ça, elles pourront mieux travailler auprès des membres autochtones de la collectivité qu'à l'heure actuelle. Nous avons un livre qui s'intitule *Twice as Good*, parce que nous devons travailler deux fois plus pour en arriver là où nous en sommes aujourd'hui. Pour que je sois ici aujourd'hui, il a fallu que je le fasse aussi.

**Le sénateur Pépin :** Vous parlez des écoles de soins infirmiers et de faire en sorte que ces jeunes femmes poursuivent leurs études dans le domaine. Est-ce que vous parlez des écoles de soins infirmiers en général ou de celles qui sont réservées aux femmes autochtones? Vous dites qu'elles doivent apprendre davantage de choses au sujet de leur bagage et de leur culture. Où suivent-elles leur formation? Dans une école de soins infirmiers spéciale réservée à votre communauté?

**Mme Kinoshameg :** Je parle des écoles de soins infirmiers régulières du Canada, où elles suivent leur formation. Il n'y a rien de propre aux infirmières autochtones des collectivités. Nous suivons le processus normal.

**Le sénateur Pépin :** Selon l'endroit d'où elles viennent, n'ont-elles pas un bagage culturel?

**Mme Kinoshameg :** Dans certains cas, non. C'est le résultat de la colonisation, qui nous a empêchés de croire à ce en quoi nous croyions il y a bien des années ou de faire les choses que nous faisions.

**Le sénateur Pépin :** On nous a aussi dit hier que les jeunes femmes qui travaillent comme infirmières dans les collectivités sont des leaders dans leur milieu. Il y a un manque d'infirmières, mais on nous a dit qu'elles étaient des leaders dans leur collectivité et qu'elles pouvaient sans problème travailler dans différentes cliniques. Le problème principal est le manque d'infirmières.

**Mme Kinoshameg :** Il n'y en a pas assez pour répondre à tous les besoins.

**Mme Dedam-Montour :** J'aimerais commenter votre observation concernant le modèle cubain. Comme Mme Kinoshameg l'a dit, nous ne connaissons pas bien les polycliniques, mais j'entrevois le rôle que les RSC pourraient jouer dans le renforcement du capital humain à l'échelle locale. Si nous envisageons la situation des RSC, la voie à suivre pour acquérir les compétences nécessaires et le type de formation requis, actuellement, nous voyons que bon nombre d'entre eux ne possèdent pas un niveau de scolarité élevé. Ils sont beaucoup à avoir fréquenté l'université ou à avoir suivi d'autres types de formation en sciences infirmières, mais la plupart viennent de la collectivité. Ils n'ont pas eu l'occasion de faire des études supérieures.

We do an assessment to prepare them for training. We look at the skills they have. Some of these CHRs have been working in their communities for 10 years and they have had no formal training. They do it on the job. They are from the community; they are serving their communities; they know the needs. People will speak to them and tell them their problem. They help them through it to obtain access to health care.

We need to grandfather their skills, to recognize what they have gained through on the job work. We also need flexibility in the delivery of training. I think that is what they are doing in the Cuban model. They look at the need instead of looking at the system as a whole. They are looking at the individual and saying how we can improve their skills. No matter what the benchmark is for that country or region, we need to at least try to work towards that.

We see increasing skills through various models as possibilities to train CHRs. For example, we can use the technology of telehealth, which is being introduced into more and more communities. That is a means by which training can be provided.

Another issue we found is that there is a lot of stress and emphasis on the CHR because of the lack of health care professionals in the community. They are sometimes the only person to provide health care. The community does not want them to leave to get training. There is a problem where you need a trained workforce, but those who could possibly climb that career ladder and become a professional — whether it is to become a nurse or a doctor — are almost not allowed to undertake that because of the need in the community and the lack of health care providers.

**Mr. Dinsdale:** The general spirit of finding ways to get particular people into programs and overcoming artificial barriers is critical. It is important to keep in mind that there is a two per cent cap on post-secondary education funding on reserve, which artificially prevents many Aboriginal people from entering the school system. This notion that education funding is somehow discretionary is not helpful. The long-term viability of this being downloaded is a murky area.

In a previous life, I worked in Toronto at Native Child and Family Services. I was hired to develop an alternative school for Aboriginal street kids. We had a partnership with Jarvis Collegiate. The program is still operating and it is called the Native Learning Centre.

What is important about that is we did not start the program. We engaged with the University of Toronto First Nations House, which has a transition year program. In this transition year program, youth that got their high school education through Jarvis Collegiate ended up going to the University of Toronto three years later. They went from living on the street to going to

Nous procédons à une évaluation afin de les préparer à suivre la formation. Nous examinons les compétences qu'ils possèdent. Certains de ces RSC travaillent depuis dix ans dans leur collectivité; ils n'ont suivi aucun cours de formation officielle. Ils apprennent sur le tas. Ils proviennent de la collectivité; ils servent leur collectivité; ils connaissent les besoins. Les gens leur parlent et leur disent quels sont leurs problèmes. Ils les aident à passer à travers et à obtenir un accès aux soins de santé.

Il faut reconnaître leurs compétences et ce qu'ils ont acquis en travaillant. Il faut aussi assurer la souplesse de la prestation des cours de formation. Selon moi, c'est ce qu'ils font dans le cadre du modèle cubain. Ils s'arrêtent aux besoins, plutôt que d'envisager le système dans son ensemble. Ils regardent la personne et se demandent de quelle façon renforcer ses compétences, peu importe le point repère dans ce pays ou cette région. Nous devrions au moins travailler en ce sens.

Selon nous, renforcer les compétences des RSC en utilisant divers modèles sont autant de possibilités de les former. Par exemple, nous pouvons utiliser la technologie de télésanté, dont bénéficient un nombre croissant de collectivités. C'est une manière de fournir de la formation.

Un autre problème que nous avons découvert est le fait que les RSC sont soumis à beaucoup de stress et de pression en raison du manque de professionnels de la santé dans la collectivité. Ils sont parfois les seuls à fournir des soins de santé. Les membres de la collectivité ne veulent pas qu'ils partent pour suivre des cours de formation. Il y a un problème quand la main-d'œuvre se doit d'être formée, mais ceux qui pourraient possiblement saisir cette occasion d'avancement et devenir des professionnels — que ce soit pour devenir infirmier ou médecin — n'ont pratiquement pas le droit de saisir l'occasion en raison des besoins dans la collectivité et du manque de fournisseurs de soins de santé.

**M. Dinsdale :** La visée générale consistant à trouver des moyens de faire participer des tranches précises de la population à des programmes et de surmonter des obstacles artificiels est critique. Il faut se rappeler qu'il y a un plafond de 2 p. 100 sur le financement des études postsecondaires dans les réserves. Ce plafond empêche artificiellement bon nombre d'Autochtones d'entrer dans le système scolaire. La notion selon laquelle le financement en éducation est en quelque sorte fonction de pouvoirs discrétionnaires n'est pas utile. La viabilité à long terme de l'application de cette structure est une zone grise.

Dans le passé, j'ai travaillé au Native Child and Family Services de Toronto. J'ai été embauché pour créer une école parallèle pour les enfants autochtones vivant dans la rue. Nous avions un partenariat avec le Jarvis Collegiate Institute. Le programme a toujours cours et s'appelle le Native Learning Centre.

Ce qu'il faut se rappeler c'est que nous n'avons pas lancé le programme. Nous avons travaillé avec la First Nations House de l'Université de Toronto, qui offre un programme de préparation aux études universitaires. Dans le cadre de ce programme, les jeunes qui ont pu terminer leurs études secondaires grâce au Jarvis Collegiate Institute, ont fréquenté, trois ans plus tard, l'Université

school at the University of Toronto — a school that would not even look at my application when I applied coming out of high school. That is fabulous.

There are ways and models in Canada that could be emulated. We have a policy focus on Aboriginal lawyers — we have entry programs and summer programs. I think we need to have a similar priority for Aboriginal nurses or doctors. The Northern Ontario School of Medicine is supposed to have the training of Aboriginal doctors as part of its mandate. I have no idea where it is at. I was at the foundational meetings. Probably other colleagues are better positioned to respond to where other schools are positioned.

The spirit of the Cuban model is overcoming artificial barriers and boundaries that exist in Canada. It is necessary to have the policy focus and drive, the same as we have with lawyers, to say we require health care professionals as well.

You also mentioned specifically about friendship centres in the long term. We are community development leaders. We have been in this business since the 1950s. We have lacked a viable federal partner for some time in terms of employment, training, health programming and other areas. It is either not attractive or not the policy focus of the day to focus on people in urban areas. We will continue to position ourselves as effective, accountability professional partners. We are making a difference. We could do so much more if we had an engaging federal partner.

**Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada:** It is almost like I am practicing for another committee next week, which is where we will go to talk about the Aboriginal Health Human Resources Initiative. I wish I had done my homework in advance, but I can refer to some of the things.

We have a five-year initiative that winds down at the end of next year — the Aboriginal Health Human Resources Initiative. Money was granted in 2004 and we started up in 2005. There was \$100 million over five years.

I do not have the things with me and I always forget the last of any list. There were three main objectives. First was to increase the number of Aboriginal health workers. We have toyed with the term “professionals.” There was a doctor focus at the beginning and then a nurse focus. We decided that it really needs to be the whole spectrum of Aboriginal health workers. Second was to do something about the curriculum. We started with medical schools.

de Toronto. Ils sont passés de vivre dans la rue à étudier à l'Université de Toronto — un établissement d'enseignement qui n'a même pas daigné regarder la demande que j'avais présentée à la fin de mes études secondaires. C'est fabuleux.

On pourrait s'inspirer de manières de faire et de modèles canadiens. Nous mettons un accent stratégique sur les avocats autochtones — nous offrons des programmes d'entrée et des programmes d'été. Selon moi, nous devrions mettre un accent semblable sur la formation des infirmiers et des médecins autochtones. Le mandat du Northern Ontario School of Medicine est supposé assurer la formation de médecins autochtones. Je n'ai aucune idée de ce qui en est. J'ai participé aux réunions de création. Certains de mes homologues sont probablement mieux placés que moi pour dire où en sont les autres établissements d'enseignement.

L'esprit du modèle cubain consiste à surmonter les obstacles et les frontières artificielles qui existent au Canada. Il faut que nous comptions sur l'accent et la volonté stratégiques, comme c'est le cas pour les avocats, pour souligner que nous avons aussi besoin de professionnels de la santé.

Vous avez aussi mentionné précisément l'avenir des centres d'amitié. Nous sommes des leaders en matière de développement communautaire. Nous oeuvrons dans le domaine depuis les années 1950. Depuis un certain temps, nous n'avons pas de partenaire viable au sein du gouvernement fédéral en matière d'emploi, de formation, de programmes en santé et dans d'autres domaines. Ce n'est soit pas attrayant soit pas le thème stratégique du jour de mettre l'accent sur les gens en zone urbaine. Nous continuerons d'être efficaces, responsables et professionnels. Nous changeons des choses. Nous pourrions en faire davantage si nous avions un partenaire actif au sein du gouvernement fédéral.

**Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada :** J'ai presque l'impression de m'exercer pour mon témoignage devant un autre comité la semaine prochaine, nous nous y rendrons pour parler de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. J'aurais bien aimé m'être préparée d'avance, mais je peux faire des liens avec certaines des choses qui ont été dites.

Nous exécutons une initiative quinquennale qui se terminera à la fin de la prochaine année — l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Les fonds ont été octroyés en 2004, et nous avons lancé l'initiative en 2005. Nous avions 100 millions de dollars sur cinq ans.

Je n'ai pas les documents avec moi, et j'oublie toujours les derniers éléments d'une liste. Il y avait trois objectifs principaux. Le premier était d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtone. Nous avons envisagé d'utiliser le terme « professionnels ». Au départ, on a mis l'accent sur les médecins, ensuite, sur les infirmiers. Nous avons déterminé qu'il fallait mettre l'accent sur tout l'éventail des travailleurs de la santé

Third was to improve retention in Aboriginal communities of qualified workers, in particular, the Aboriginal ones.

We have talked about some of the initiatives here in an indirect way. I think what Ms. Kinoshameg is working on with the Canadian Association of Schools of Nursing is one thing we have been supporting. There was an initiative with the Association of Faculties of Medicine of Canada and with the Indigenous Physicians Association of Canada to develop content for medical schools that would add cultural safety and cultural competence. That will be announced today, actually. I am trying not to scoop my minister. It is considered bad for your career.

There are a number of initiatives. Mr. Dinsdale referred to the Northern Ontario School of Medicine. At least half dozen medical schools have already begun to develop cultural support programs for Aboriginal students. We are painfully aware of how difficult it is for Aboriginal students to find themselves in an unfriendly, foreign or unknown milieu and to have no one to turn to. Some of the early initiatives we funded have been the inclusion of elder services at some of the universities and colleges, for example.

The biggest part of our activities has been an enhancement of bursaries and scholarships made available to Aboriginal students, largely through the National Aboriginal Achievement Foundation. They have been managing scholarships and bursaries for us for a long time and we have added significant funds. That has enabled people across a broad spectrum of health careers to apply and receive funding support.

I thought it was important to mention those things. I think we are beginning to see some successes.

**Senator Eggleton:** I want to explore three areas. I will start with Ms. Langlois and her associates from Health Canada. Your presentation on the work you are doing is very good. As you point out, many of the determinants of health are outside the domain of Health Canada. It involves working with other people in other departments, and you say you are doing a lot of that.

However, there are many disparities and inequities that still exist, both within the Aboriginal community and between the general population and the Aboriginal community. In dealing with this at the federal level, not only is there your department, but there are approximately 30 federal departments involved in the concept of population health. Many are outside of your jurisdiction, such as anti-poverty measures, housing strategies or educational programs, et cetera. They are all still part of

autochtone. Le deuxième objectif était de faire quelque chose au sujet des programmes de cours. Nous avons commencé par les écoles de médecine. Le troisième objectif consistait à augmenter le nombre de travailleurs qualifiés qui restaient dans les collectivités autochtones et, en particulier, les travailleurs autochtones.

Nous avons parlé de certaines des initiatives de manière indirecte. Je crois que ce sur quoi travaille Mme Kinoshameg avec l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières est quelque chose que nous avons soutenu. Il y a une initiative en collaboration avec l'Association des facultés de médecine du Canada et l'Indigenous Physicians Association of Canada dont l'objectif était de créer du contenu pour les programmes des écoles de médecine afin d'y ajouter les thèmes de la sécurité et de la compétence dans une perspective culturelle. En fait, l'initiative sera annoncée aujourd'hui. J'essaie de ne pas couper l'herbe sous le pied de mon ministre en vous apprenant la nouvelle. Ce ne serait pas très bon pour ma carrière.

Il existe de nombreuses initiatives. M. Dinsdale a parlé de la Northern Ontario School of Medicine. Au moins six écoles de médecine ont déjà commencé à créer des programmes de soutien culturel à l'intention des étudiants autochtones. Nous ne savons trop bien comment il peut être difficile pour les étudiants autochtones de se que retrouver dans un environnement hostile, étranger et inconnu et de n'avoir personne vers qui se tourner. Certaines des premières initiatives que nous avons financées visaient la prestation de services d'aînés dans certaines universités et certains collèges, par exemple.

Nos principales activités ont été l'amélioration des programmes de bourses et de bourses d'études à l'intention des étudiants autochtones, et ce, principalement par l'intermédiaire de la National Aboriginal Achievement Foundation. Elle gère des bourses d'études et des bourses pour nous depuis longtemps, et nous lui avons octroyé un important nouveau financement. Cela a permis à des personnes venant d'un large éventail de professions du domaine de la santé de présenter des demandes et de recevoir une aide financière.

Selon moi, il est important de mentionner ces choses. Je crois que nous commençons à avoir du succès.

**Le sénateur Eggleton :** J'aimerais parler de trois choses. Je vais commencer par Mme Langlois et ses homologues de Santé Canada. Votre exposé sur vos travaux est très bon. Comme vous le soulignez, bon nombre des déterminants de la santé échappent à la compétence de Santé Canada. Cela signifie qu'il faut travailler avec des représentants d'autres ministères, et vous affirmez le faire déjà beaucoup.

Cependant, il y a encore beaucoup de différences et d'inégalités au sein de la communauté autochtone et entre la population générale et les Autochtones. À l'échelon fédéral, il y a non seulement votre ministère qui s'occupe de cela, mais environ 30 autres ministères fédéraux qui s'occupent de santé de la population. Bon nombre des initiatives connexes échappent à votre compétence, comme les mesures anti pauvreté, les stratégies d'hébergement et les programmes d'études. Elles sont quand

population health. How do we get these all coordinated to improve upon where we are now?

As a former President of the Treasury Board, I know that there are enormous challenges in trying to bring about horizontal links. This is a silo or stovepipe system where the allocation of money is in the purview of particular ministers. How you get this all to flow to get a whole-of-government approach is an enormous challenge.

What are your thoughts on how we can move this up, how we can go to a whole-of-government approach, how we can know whether we are succeeding or not? Do we need performance indicators? Do we need anti-poverty strategies and things like that as part of it? How do we move this up a notch to be able to improve upon where we are?

**Ms. Langlois:** I think it goes to the heart of what the committee is focused on. You are making this recommendation around a whole-of-government approach and how we will we get there.

From a health perspective, I would say our interest is to ensure there are the determinants of health. I can tell you that our medical officers of health are often concerned about what they will see in terms of their knowledge of the housing conditions.

They are anxious to engage with communities to begin to address housing. They are anxious to engage with INAC around housing. We see internally within the health system and our own staff the pressure to begin to look beyond our borders to deal with some of these causes of causes of causes, as Mr. Reading alluded to.

I can tell you that with our ADM — I can start there in terms of the senior management of the department — and certainly our deputy minister, there is engagement with INAC on a regular basis. There is discussion about how we work together, how we move forward on agendas. Ms. Quinn and I co-chair some different committees to begin to see how we can work better together to effect the kind of change you are looking for.

I would be remiss not to say it has to go beyond our level. It comes to fundamental accountabilities in the system for us as public servants in terms of our role of working horizontally. My experience and knowledge in working in the provincial system is you get people's attention on working horizontally when you put that in their performance objectives and their pay is tied to that.

You will see examples in the Alberta government. There have been examples in the Saskatchewan government. As your performance pay is tied to how well you achieved that horizontal initiative and worked with your colleagues, you begin to see attention being paid to that.

même liées au thème de la santé et de la population. De quelle façon pouvons-nous tout coordonner pour améliorer la situation actuelle?

En tant qu'ancien président du Conseil du Trésor, je sais qu'il est extrêmement difficile de créer des liens horizontaux. On est devant un système de cloisonnement au sein duquel l'affectation des fonds revient aux différents ministres. Il est extrêmement difficile de déterminer de quelle façon organiser tout cela pour obtenir une approche pangouvernementale.

Quelle est votre opinion sur la marche à suivre, sur la manière d'adopter une approche pangouvernementale? Comment savoir si nous réussissons ou non? Avons-nous besoin d'indicateurs de rendement? Devons-nous inclure des stratégies anti pauvreté et des choses du même genre? Que devons-nous faire pour monter le niveau d'un cran et améliorer la situation actuelle?

**Mme Langlois :** Je crois que c'est exactement là où le comité veut en venir. Nous formulons cette recommandation qu'il faut adopter une approche pangouvernementale et le moyen d'y parvenir.

Du point de vue de la santé, je dirais que notre objectif est de s'assurer qu'il y a des déterminants de la santé. Je peux vous dire que nos médecins hygiénistes sont souvent préoccupés par ce à quoi ils peuvent s'attendre vu leur connaissance des conditions d'hébergement.

Ils ont hâte de travailler avec les collectivités afin de commencer à régler le problème de l'hébergement. Ils ont hâte de travailler avec AINC à ce sujet. Au sein du système de santé et dans l'attitude de notre effectif, nous sentons cette volonté de commencer à dépasser nos frontières pour s'attaquer à certaines des causes de causes de causes auxquelles M. Reading a fait allusion.

Je peux vous dire que notre SMA — pour commencer à cet échelon de la haute direction du ministère — et certainement notre sous-ministre, communiquent régulièrement avec AINC. On discute des travaux conjoints et de la manière d'aller de l'avant avec ce qui a été prévu. Mme Quinn et moi coprésidons différents comités afin de commencer à déterminer de quelle façon nous pouvons mieux travailler ensemble pour susciter le genre de changements que nous voulons obtenir.

Je m'en voudrais de ne pas dire que cela doit aller au-delà de notre niveau. Nous, les fonctionnaires, avons la responsabilité fondamentale d'assumer notre rôle dans le cadre des activités horizontales. Selon mon expérience et mes connaissances acquises lorsque je travaillais à l'échelon provincial, si vous voulez attirer l'attention des personnes sur le travail horizontal, alors il faut inclure cela dans leurs objectifs de rendement et faire en sorte que leur salaire est fonction de leur travail.

Il y a des exemples au sein du gouvernement de l'Alberta et de celui de la Saskatchewan. Lorsque la rémunération au rendement est liée à la mesure dans laquelle vous réalisez une initiative horizontale et travaillez avec vos collègues, vous commencez à porter attention à cet aspect de votre travail.

That is a personal perception about how you get people to change their behaviour. I would acknowledge, as well, the tremendous challenges there are in working horizontally, certainly in a federal system because it is so large.

**Senator Eggleton:** We need leadership from the top and then we need to put it into performance pay, requirements, contracts or whatever with employees. Those are good ideas.

**Dr. Reading:** I just came out of a meeting with Australia, New Zealand, Canada and the United States. It has been a year since the Prime Minister in Australia issued a statement on closing the gap.

In Australia, there is a national effort to close the gap between the health status for indigenous Australians versus the mainstream. On the first day of Parliament every working year, the Prime Minister reports to Parliament on the progress the entire government is making on closing the gap.

There is a 17-year gap there between indigenous and non-indigenous people. They are looking at closing the gap on life expectancy, on infant mortality and mortality in children up to five years old, the gap in literacy and the numeracy gap.

It is a big turnaround for Australia, but to be clear, it must come from the highest level. It has to be a priority of the Prime Minister.

**Senator Eggleton:** What do they have in terms of a structure to ensure this flows properly? Is there a cabinet committee or does the Prime Minister personally oversee this entire project?

**Dr. Reading:** I can tell you from my discussions with the people in the trenches there producing the data that there is a tremendous amount of work going on to address this issue. They have their marching orders and the parliamentary committees are reporting directly to the Prime Minister across all of government on this issue. As the Prime Minister says, it is a core priority of the government.

**Senator Eggleton:** That was actually my second question. I was going to ask Dr. Reading about Australia.

My third question is for Ms. Quinn, who mentioned the investment in the First Nations Market Housing Fund of \$300 million over the next 10 years, which is expected to provide some 25,000 housing units on reserve. As Mr. Dinsdale pointed out, 54 per cent of the Aboriginal population do not live on reserves; they live in the general population in towns, cities and rural areas across the country.

They may well qualify for other housing programs that are available to the general population. However, given the disparities that we have talked about today and that we know about, what is being done that is specific for off-reserve Aboriginals in terms of housing?

Il s'agit de mon point de vue personnel sur une manière de pousser les gens à modifier leur comportement. Je dois aussi reconnaître les immenses défis liés au fait de travailler de façon horizontale au sein du système fédéral puisqu'il est si imposant.

**Le sénateur Eggleton :** Il faut que les échelons supérieurs fassent preuve de leadership, puis il faut intégrer cela dans la rémunération au rendement, les exigences, les contrats et toute autre entente avec les employés. Ce sont de bonnes idées.

**Dr Reading :** Je viens tout juste d'assister à une réunion de représentants de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Canada et des États-Unis. Le premier ministre australien a fait une déclaration il y a un an sur le besoin de combler l'écart.

En Australie, on s'efforce à l'échelle nationale de combler l'écart entre l'état de santé des peuples aborigènes et celui de la population dans son ensemble. Durant la première journée où siège le Parlement chaque année, le premier ministre présente un rapport au Parlement sur les progrès de l'ensemble du gouvernement pour combler l'écart.

Il y a un écart de 17 ans entre les aborigènes et les non-aborigènes. Ils veulent combler l'écart de l'espérance de vie, de la mortalité infantile et de la mortalité chez les enfants âgés de zéro à cinq ans ainsi que les écarts liés à l'alphabetisation et aux capacités de calcul.

L'Australie aura beaucoup à faire pour y arriver. Cependant, pour que tout soit clair, il faut que ça vienne de l'échelon le plus élevé. Il faut que ce soit la priorité du premier ministre.

**Le sénateur Eggleton :** Qu'ont-ils mis en place comme structure pour garantir que tout fonctionne adéquatement? Y a-t-il un comité du Cabinet ou est-ce que le premier ministre supervise personnellement l'ensemble du projet?

**Dr Reading :** À la lumière de mes discussions avec les gens qui travaillent sur le terrain en Australie pour produire les données, je peux vous dire qu'il y a énormément de travail qui est fait à ce sujet. Ils ont leur programme, et les comités parlementaires à l'échelle du gouvernement relèvent directement du premier ministre en la matière. Comme l'a dit le premier ministre, c'est la principale priorité du gouvernement.

**Le sénateur Eggleton :** En fait, c'était ma deuxième question. J'allais poser au Dr Reading des questions au sujet de l'Australie.

Ma troisième question est pour Mme Quinn, qui a mentionné un investissement de 300 millions de dollars au cours des 10 prochaines années octroyé au Fonds pour les logements du marché destinés aux Premières nations qui doit fournir quelque 25 000 unités d'habitation dans les réserves. Comme M. Dinsdale l'a souligné, 54 p. 100 des Autochtones ne vivent pas dans les réserves. Ils vivent au sein de la population générale dans des villages, des villes et des régions rurales partout au pays.

Ils seront peut-être admissibles à d'autres programmes de logement qui ne sont pas accessibles à la population générale. Cependant, à la lumière des différences dont nous avons parlé aujourd'hui et dont nous sommes au courant, quelles sont les mesures précises à l'intention des Autochtones hors-réserves en matière d'hébergement?

**Ms. Quinn:** As you indicated, there are programs of general application for off reserve, but given the depth and scope of the issues off reserve, more needs to be done there. In terms of our department, we do provide for housing on reserve. Canada Mortgage and Housing has programs concerning renovation or other kinds of assistance that can help. The federal government more recently has been allocating funding to social housing in the North, and I think that has been of assistance.

**Senator Eggleton:** Unless anyone else wants to jump in on those questions, I am finished.

**Ms. Dedam-Montour:** You said 30 federal departments are involved in population health. I do not know if all those departments deal with Aboriginal issues. That is a question for me, because whenever I mention Aboriginal issues, INAC and FNIHB, First Nations and Inuit Health Branch, are really it. HRSDC has an Aboriginal component, in the other departments, I really do not know who is actually dealing with the Aboriginal population. As was stated, there are the on reserve programs and the mainstream. How half the population in the mainstream is dealing with these issues is not something I am really aware of.

It made me think of the Jordan's principle legislation that was passed — the child first principle. That whole Jordan's principle came about because of jurisdictional wrangling — who will pay for this? In the meantime, a child suffers.

It is not just for children. This same issue happens to all age groups. Perhaps we need to look at individual first and look at how some of these other departments can work with the Aboriginal population. I do not know if it requires policy changes within the government, or if it is on our end, where we learn more about those programs and what they can offer the communities and the people.

**Senator Champagne:** Let me bring you into the world of utopia for a minute. What if the government was to put together a central office? As you just said, we have programs in INAC, Health Canada, Heritage Canada, et cetera. What is there was to be one office, including people from all those different departments, where nothing would be done until it goes there and those people together can do it. Maybe it is possible; maybe it is utopia, as I said. It is at least hypothetical.

I wonder who would represent the Aboriginal population. You are here today with many fantastic ideas and you are expressing your needs and so on.

**Mme Quinn:** Comme vous venez de le dire, il y a des programmes d'application générale à l'extérieur des réserves. Cependant, en raison de l'ampleur et de la portée des enjeux à l'extérieur des réserves, il faut en faire plus. En ce qui a trait à notre ministère, nous fournissons des logements dans les réserves. La Société canadienne d'hypothèques et de logement offre des programmes pour la rénovation et d'autres types d'aide utile. Plus récemment, le gouvernement fédéral a octroyé des fonds pour des logements sociaux dans le Nord, et, selon moi, cela s'est avéré utile.

**Le sénateur Eggleton :** À moins que quelqu'un d'autre ait quelque chose à ajouter sur ces sujets, j'ai, pour ma part, terminé.

**Mme Dedam-Montour :** Vous dites que 30 ministères fédéraux sont responsables de la santé de la population. Je ne sais pas si tous ces ministères s'occupent aussi d'enjeux autochtones. Voilà la question que veux poser, parce que dès que je mentionne des enjeux autochtones, les intervenants se limitent à AINC et la DGSPNI, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. RHDCC possède une composante autochtone, mais, pour ce qui est des autres ministères, je ne sais vraiment pas qui s'occupe réellement des Autochtones. Comme quelqu'un l'a dit, il y a des programmes dans les réserves et des programmes pour tous. Je ne sais pas vraiment comment la moitié de la population qui se retrouve dans la population générale gère ces enjeux.

Cela m'a fait penser au texte législatif sur le « principe de Jordan » qui a été déposé — le principe selon lequel l'enfant doit passer en premier. Toute cette situation est survenue en raison de différends entre administrations — qui va payer? Pendant ce temps-là, il y a des enfants qui souffrent.

Et ce n'est pas seulement pour les enfants. C'est la même chose pour tous les groupes d'âge. Peut-être faut-il faire passer la personne en premier et envisager de quelle façon certains autres ministères peuvent travailler avec la population autochtone. Je ne sais pas si cela exige des changements stratégiques au sein du gouvernement ou si c'est à nous d'en apprendre davantage au sujet de ces programmes et de ce qu'ils offrent aux collectivités et aux gens.

**Le sénateur Champagne :** Permettez-moi de vous présenter une situation utopique pendant une minute. Et si le gouvernement créait un bureau central? Comme vous venez de le dire, AINC, Santé Canada, Patrimoine canadien, et cetera, exécutent tous des programmes. Qu'arriverait-il s'il y avait un bureau, qui rassemblait tous les intervenants des différents ministères, où rien ne serait fait tant que le dossier n'est pas entre les mains de ces intervenants et qu'ils puissent le faire ensemble. C'est peut-être possible; c'est peut-être juste utopique comme je l'ai dit. A tout le moins, c'est une hypothèse.

Je me demande qui représenterait la population autochtone. Vous êtes ici aujourd'hui et vous nous présentez bon nombre d'idées fantastiques, vous faites connaître vos besoins et ainsi de suite.

If we were to have a centre point in government, who would be best to represent Aboriginal needs? As you said, there are status and non-status Natives; there are various groups such as Inuit and Metis; some live on reserves or in isolated communities; and others live in the middle of cities.

Who would be the most apt person or group to deal with that dreamlike group in government that would be trying to share the wealth from all the different departments and what is the most needed thing for tomorrow morning?

**Ms. Dedam-Montour:** I do not think it is a utopia. I think it is a nightmare.

One central body becomes a giant monster. I am sure that many of the regions in Canada would have different views. I know from a First Nation perspective that each First Nation region would talk about their own self-governance issues and they would have difficulty looking at a national "megabody."

I would pose the question to you: Who do you see at that table or as that body? Are they political people or administrative people? That would define who would be on the other side of the table.

**Senator Champagne:** I really did not mean abolishing the different departments that are working to help our Aboriginal people. I was thinking that, if we to do something — let us say in health — it might be good to talk to someone who is maybe from Heritage Canada and see what we could do with the Friendship Centres. Is that where health could be? I did not mean to get everything out.

I was trying to find someone who or something that would coordinate whatever is being done to be more helpful. Certainly, I am not looking at abolishing anything and trying to make only one ministry to look after all that is Aboriginal in Canada. I realize that would be a real nightmare. You are right.

**Mr. Dinsdale:** I would like to jump back because I was trying to pick up on Senator Eggleton's question. It is very instructive. When there is an excellent policy approach to housing, but a large segment of the population does get dropped off. I do not think it is sufficient to say there are programs of general application. If that was sufficient, we would be having equity of outcomes right now but clearly we do not.

I think this is typically the response we receive when we talk about the need for off-reserve-specific programs. The other challenge is that \$300 million was allocated to off-reserve housing a number of budgets ago. The federal government transferred that immediately to the provinces in the form of housing trusts and the provinces were the ones to define the programs. While defining the programs, some of that \$300 million

Si nous avions un bureau central au gouvernement, qui serait le mieux placé pour faire valoir les besoins des Autochtones? Comme vous l'avez dit, il y a des Indiens inscrits et des Indiens non inscrits; il y a divers groupes comme les Inuits et les Métis; certains vivent dans des réserves ou des collectivités isolées tandis que d'autres vivent dans les villes.

Quelle personne ou quel groupe serait le plus en mesure de traiter avec le groupe utopique au sein du gouvernement qui tenterait de réunir les ressources de l'ensemble des différents ministères et de déterminer la chose la plus importante à faire demain matin?

**Mme Dedam-Montour :** Je ne crois pas que ce soit utopique. Je crois que c'est un cauchemar.

Un organisme central deviendrait un monstre gigantesque. Je suis convaincue que bon nombre des régions du Canada auraient des points de vue différents. Je sais que, du point de vue des Premières nations, chaque région parlerait de ses propres enjeux de gouvernance et aurait de la difficulté à envisager le « macro organisme » national.

Je vous pose la question suivante : qui, selon vous, devrait former cet organisme ou en faire partie? S'agit-il de politiciens ou d'administrateurs? C'est cette information qui permettrait de déterminer qui sera de l'autre côté de la table des négociations.

**Le sénateur Champagne :** Je ne voulais vraiment pas dire qu'il faudrait abolir les différents ministères qui travaillent pour aider les Autochtones du Canada. Je me disais simplement que, si nous étions pour faire quelque chose — disons, en santé — ce pourrait être une bonne idée de parler à quelqu'un, disons, de Patrimoine canadien afin de voir ce que l'on pourrait faire avec les centres d'amitié. Pourrait-on procéder ainsi dans le domaine de la santé? Je ne voulais pas dire qu'il faudrait tout éliminer.

Je me demandais si on ne pouvait pas trouver quelqu'un ou une structure pour coordonner tous les efforts actuels afin que ça soit plus utile. Je ne voulais certainement pas dire qu'il faut abolir quoi que ce soit afin de créer un seul ministère qui s'occupera de toutes les questions autochtones au Canada. Je me rends bien compte que cela serait un vrai cauchemar. Vous avez raison.

**M. Dinsdale :** J'aimerais revenir en arrière parce que je voulais répondre à la question du sénateur Eggleton. Je trouvais cela très instructif. Lorsqu'il y a une excellente approche stratégique en matière de logement, mais qu'un important segment de la population est laissé pour compte... Je ne crois pas qu'il est suffisant de dire qu'il y a des programmes pour tous. Si c'était suffisant, il y aurait également des résultats actuellement, ce qui n'est clairement pas le cas.

Je crois que c'est habituellement le type de réponse qu'on nous sert lorsque nous parlons du besoin d'établir des programmes visant les Autochtones à l'extérieur des réserves. L'autre défi est que, il y a quelques années, dans le cadre de son budget, le gouvernement a affecté 300 millions de dollars aux logements à l'extérieur des réserves. Le gouvernement fédéral a transféré immédiatement ces fonds aux provinces sous forme de fiducie de

was hived off into administrative and other costs and some jurisdictions still have not spent any of it.

It boils down to a lack of leadership. I think INAC becomes caught up in legal responsibility versus a need to serving communities. The Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) does not provide social housing to Aboriginal people off-reserve. The closest we get is HRSDC in shelters, where they have transition homes. Your finger is on that exact issue.

I would like to address the question raised here. Sometimes it is frustrating when Aboriginal people are asked who represents them because you also talk about the other side: on-reserve, off-reserve. Inuit, Metis, status and non-status. I often ask Canadians who represents them. Is it your councillor, mayor, school board trustee, your provincial MPP, the provincial or federal government or a coalition of NGOs? There is a variety of organizations that represent Canadians and we do not seem to have problems understanding when we should talk to whom when that occurs.

I think we need political discipline as a structure to identify who serves whom. The Assembly of First Nations represents on-reserve Indian chiefs. There is no question about that. They represent their citizen-status Indians and do it better in some ways than others but it is tough.

The Metis National Council (MNC) clearly serves Metis people. They have a definition of Metis people, though it does not necessarily address the people in the east. However, they address Metis people.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) represents Inuit people no matter where they live. It is a small organization and it is a big country. It is tough for them.

The Congress of Aboriginal Peoples say they represent off-reserve Aboriginal peoples and I ask no questions as to their ability to do so but that is what they claim. The Native Women's Association of Canada say they represent Native women.

I do not think it is confusing but I think the challenge arises when we only talk to political players for service delivery questions.

I think it is a lack of clarity as to the answer we want and we sometimes bring in the wrong people.

**Senator Champagne:** While listening to everyone, my feeling was that, sometimes, the right hand does not know what the left hand is doing. It is not as helpful as it could be. While we are full of good intentions, we make the wrong move. I was trying to suggest that.

logement. Il revenait aux provinces d'établir les programmes. En cours d'élaboration, une partie des 300 millions de dollars ont servi à couvrir des coûts administratifs et d'autres coûts, et certaines administrations n'ont pas encore dépensé les fonds.

Ça se résume à un manque de leadership. Je crois qu'AINC se concentre trop sur sa responsabilité légale plutôt que sur le besoin de servir les collectivités. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) ne fournit pas de logements sociaux aux Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves. Ce à quoi nous avons accès en termes de refuges c'est RHDCC qui nous l'offre sous forme de foyers de transition. Vous avez mis le doigt exactement sur le problème.

J'aimerais répondre à la question soulevée ici. Parfois, c'est frustrant quand on demande aux Autochtones qui les représente parce que vous parlez aussi de l'autre groupe : dans les réserves et à l'extérieur des réserves; les Inuits et les Métis; les Indiens inscrits et non inscrits. Je demande souvent aux Canadiens qui les représente. Est-ce votre conseiller, votre maire, votre commissaire d'école, votre député provincial, le gouvernement provincial ou fédéral ou une coalition d'ONG? Diverses organisations représentent les Canadiens, et nous ne semblons pas avoir de problèmes à comprendre à qui il faut parler et quand il faut le faire.

Je crois que nous avons besoin de discipline politique pour établir la structure permettant de déterminer qui s'occupe de qui. L'Assemblée des Premières nations représente les chefs indiens des réserves. Cela ne fait aucun doute. Ils représentent les Indiens inscrits qui sont leurs citoyens et, de certaines manières, le font mieux que d'autres, mais c'est difficile.

Le Ralliement national des Métis (RNM) sert clairement les intérêts des Métis. Il utilise une définition de « Métis », même si cela ne tient pas nécessairement compte des gens de l'Est. Cependant, il s'occupe des Métis.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) représente les Inuits, peu importe où ils vivent. C'est une petite organisation, et nous vivons dans un grand pays. C'est difficile pour l'organisme.

Le Congrès des peuples autochtones dit représenter les Autochtones qui restent à l'extérieur des réserves, et je ne remets pas en question sa capacité de le faire, mais c'est ce qu'il affirme. La Native Women's Association of Canada dit représenter les femmes autochtones.

Je ne crois pas que cela porte à confusion, mais je crois que parler seulement à des intervenants de l'arène politique de questions liées à la prestation de services peut s'avérer un défi.

Selon moi, il s'agit d'un manque de clarté quant à la réponse que nous voulons obtenir, et, parfois, nous interrogeons les mauvaises personnes.

**Le sénateur Champagne :** Pendant que j'écoutais tous les intervenants, je me disais que, parfois, la main droite ne sait pas ce qu'est en train de faire la main gauche. Ce n'est pas aussi efficace que cela pourrait l'être. Même si nous avons tous de bonnes intentions, nous ne faisons pas la bonne chose. C'est ce que j'essayais de dire.

**Mr. Dinsdale:** There was a Ministerial Committee on Aboriginal Affairs until it was dissolved. It was housed in the Privy Council Office. I do not know if that was more effective than what we have today. You could ask your colleagues to look at that and find out whether that was the effective tool or not.

**Senator Eaton:** I wonder if I might pick up what you and Senator Eggleton were discussing.

I need education here. We will say "wellness determinants" to be positive. Are they not the same for the First Nations, Metis, Aboriginal communities in an urban centre as for the population at large?

**Mr. Dinsdale:** Are the social determinants of health —

**Senator Eaton:** In other words, are their issues not also housing, education, health, et cetera?

**Mr. Dinsdale:** Culture and language would be a big difference for Aboriginal people. There are notions of self-determination, which are expressions of colonial interactions that we have had in terms of the ability to have specific programs or governance. There are others we would add which may be different.

In addition, the responses of our typical social or wellness determinants would be different to an urban Aboriginal person than to a general Canadian. We know, through employment and training — and health experts can speak to health in a variety of domains — that general programs do not reach Aboriginals very well. I do not want to go too far down this road because that is not your question.

We are saying that, if they were, we would have employment parity because there is EI, training programs, et cetera, for everyone.

Aboriginal people require culture-based approaches.

**Senator Eaton:** You were talking about a transition program that worked very well, with the University of Toronto and your Native centre. For instance, St. Michael's Hospital is a large teaching hospital in downtown Toronto. Could we not have a wellness clinic or a walk-in clinic with a transition team there that would work with an Aboriginal doctor and nurse but you would also have access? I am using that as an example, Senator Keon. It could work in any large urban centre. Then they would have access to all the specialized care. Could you use that?

**Mr. Dinsdale:** We would not articulate in the Friendship Centre movement a parallel system for Aboriginal people in cities. If that was coming across, it was not our intention. Whether it is an education or health program, you want to find entry points and sometimes they are different. In education, we explain that our kids are just as smart. Sometimes we need a blanket of

**M. Dinsdale :** Il y avait un Comité ministériel sur les affaires autochtones qui est maintenant dissous. Ce comité relevait du Bureau du Conseil privé. Je ne sais pas si cette structure était plus efficace que celle que nous avons aujourd'hui. Vous pourriez demander à vos collègues de se pencher sur la question afin de déterminer s'il s'agissait d'un outil efficace ou non.

**Le sénateur Eaton :** Je me demande si je peux revenir sur ce dont vous et le sénateur Eggleton discutiez.

J'ai besoin de renseignements ici. Nous dirons que les « déterminants du bien-être » sont quelque chose de positif. Ne sont-ils pas les mêmes pour les Premières nations, les Métis et les collectivités autochtones qui vivent dans des centres urbains que pour la population générale?

**M. Dinsdale :** Il s'agit des déterminants sociaux de la santé...

**Le sénateur Eaton :** En d'autres mots, les enjeux ne sont-ils pas le logement, l'éducation, la santé, et tout le reste?

**M. Dinsdale :** Pour les Autochtones, la culture et la langue sont aussi des enjeux importants. Il y a des notions liées à l'autodétermination, qui reflètent les interactions que nous avons eues avec les colonisateurs et qui concernent la capacité d'organiser des programmes qui nous sont propres ou d'assumer une gouvernance. Il y en a d'autres que nous pourrions ajouter et qui peuvent être différents.

De plus, les réactions à nos déterminants sociaux de la santé ou du bien-être typiques seraient différentes selon qu'il s'agit d'une personne autochtone vivant en zone urbaine ou d'un Canadien non autochtone. Nous savons, grâce à l'emploi et à la formation — et des experts du domaine de la santé pourraient dire la même chose de divers domaines de la santé —, que les Autochtones ne participent pas beaucoup aux programmes à l'intention du grand public. Je ne veux pas trop approfondir cette question parce que ce n'est pas ce que vous m'avez demandé.

Nous disons que, si c'était le cas, il y aurait parité en emploi, parce qu'il y a l'assurance-emploi, des programmes de formation, et tout le reste, pour tous.

Les Autochtones ont besoin d'approches axées sur la culture.

**Le sénateur Eaton :** Vous parliez d'un programme de transition de l'Université de Toronto et de votre centre autochtone qui ont très bien fonctionné. Par exemple, l'Hôpital St. Michael est un important hôpital universitaire au centre-ville de Toronto. Ne pourrions-nous pas créer une clinique du mieux-être ou une clinique sans rendez-vous dotée d'une équipe de transition qui travaillerait avec un médecin et du personnel infirmier autochtone, mais à laquelle vous auriez tout de même accès? Ce n'est qu'un exemple, sénateur Keon. Ça pourrait fonctionner dans n'importe quel grand centre urbain. Ils auraient donc accès à tous les soins spécialisés. Pourriez-vous utiliser cela?

**M. Dinsdale :** Le mouvement des centres d'amitié ne prône pas la création d'un système parallèle pour les Autochtones qui vivent dans les villes. Si c'est ce que vous avez compris, alors ce n'était pas notre intention. Qu'il s'agisse d'un programme de formation ou en santé, il faut trouver des points d'entrée et, parfois, ils sont différents. Dans le domaine de l'éducation, nous disons que nos

services wrapped around them to protect them from all those other things we have been discussing in order to help them achieve their education.

That is how we describe the Native Learning Centre; it was that blanket of support around that student. Sometimes it was increased funding to do those other programs. It was incredibly helpful when they mentioned their health transition program; that they had those interventions.

My purpose in bringing up the Transition Year Program was more of a government-wide approach to getting more Aboriginal health care professionals in terms of stepping over some of those artificial barriers that exist. I did not mean it as necessarily a front-line service delivery option. I think it would have merit.

**Senator Eaton:** We have facilities in health and housing. Could we not use them in Friendship Centres to provide transitions into those, using what we already have?

**Mr. Dinsdale:** In some cases, that would work. It would depend on the area and location. Regardless, we are not saying two systems. There are entry points and a variety of ways of getting there.

**Senator Fairbairn:** This has been a wonderful session today.

You have set before us a flag to try to bring action faster and deeper. It is clear that you have been doing tremendous work. I come from Lethbridge, Alberta. We are on Treaty 7 land and the Kainai Nation is just down the road.

Since the university started in the 1960s with a mindset to be very much engaged with Red Crow Community College on the reserve to try to keep it alive when it was falling down. There was the effort to bring as many young and older people into this new university. The result of that in so many ways, health included, has been a tremendous uplift on that reserve because of the connections made through this bridge to and from the community. People from the reserve are teaching now in the university and the college in town.

On the reserve, certainly there are difficulties in health. Things happen in southwestern Alberta where everyone gets into difficulties. It is fair to say that the connecting link that has opened over these years has changed the opportunities of working together. There is a group of people working on the reserve who have come from the university or college who are making a huge difference?

There are still many difficulties, as there are everywhere else. Have any of you been involved with that? The degree to which there have been successes because of the connections over a period of time has been interesting. As well, deep friendships have been forged and collaborations developed between the two levels.

enfants sont aussi intelligents que les autres. Parfois, nous avons besoin de bien les entourer et de leur offrir des services afin de les protéger de toutes ces autres choses dont nous avons parlé afin de les aider à terminer leurs études.

C'est de cette manière que nous décrivons le Native Learning Centre; c'est cet encadrement et ce soutien offerts à l'étudiant. Parfois, il s'agissait d'un financement accru pour exécuter les autres programmes. Ça nous a vraiment aidés lorsqu'ils ont mentionné leur programme de préparation aux études universitaires; qu'ils offraient ces interventions.

La raison pour laquelle je mentionne le programme de préparation aux études universitaires est qu'il s'agissait d'une approche davantage pangouvernementale pour augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones en éliminant certains des obstacles artificiels qui leur barrent la route. Je ne disais pas nécessairement qu'il fallait en faire une option de prestation de services de première ligne. Je crois que ce serait bien fondé.

**Le sénateur Eaton :** Nous avons des installations de santé de logement. Ne pourrions-nous pas les utiliser dans les centres d'amitié pour favoriser la transition, en utilisant ce que nous avons déjà?

**M. Dinsdale :** Dans certains cas, cela pourrait fonctionner. Cela dépendrait de la région et de l'emplacement. De toute façon, nous ne disons pas qu'il faut deux systèmes. Il y a des points d'entrée et diverses manières d'y accéder.

**Le sénateur Fairbairn :** La séance d'aujourd'hui a été très bénéfique.

Vous avez attiré notre attention afin d'accélérer et d'approfondir le processus. Il est évident que vous avez fait beaucoup de travail. Je viens de Lethbridge, en Alberta. La ville est située sur des terres visées par le Traité n° 7 et la nation Kainah est tout près.

Depuis la création de l'université dans les années 1960, on a beaucoup collaboré avec le Red Crow Community College sur la réserve afin qu'il ne ferme pas ses portes quand il semblait voué à l'échec. On s'est efforcé de faire venir le plus de jeunes et de personnes âgées possible dans cette nouvelle université. À de nombreux plans, y compris la santé, le résultat a été une nette amélioration dans la réserve en raison des liens créés grâce à ce pont entre la collectivité et l'extérieur. Des gens de la réserve enseignent maintenant à l'université et au collège de la ville.

Dans la réserve, il est évident qu'il y a des difficultés liées à la santé. Il se passe des choses dans le Sud-Ouest de l'Alberta, et c'est difficile pour tout le monde. Il convient de dire que les liens créés au fil des ans ont modifié les occasions de travailler ensemble. Il y a un groupe de personnes qui travaillent dans la réserve et qui viennent de l'université ou du collège, et cela fait une grande différence.

Il y a encore beaucoup de difficultés, comme c'est le cas partout ailleurs. Est-ce que certains d'entre vous ont participé à cela? Il est intéressant de noter à quel point, au fil du temps, il y a eu des réussites en raison des liens créés. En outre, de solides amitiés se sont créées et il y a eu beaucoup de collaborations entre les deux

For the children in the last several years, the effort to reach them before they are too old has met with success. Have you heard of those connecting links from that part of Canada, where we have a great and wonderful group of Aboriginal people?

**Ms. Dedam-Montour:** I do not know about this institution and the relationship that has been built but I can relay my personal experience. I graduated in 1976 from high school. I went to an institution called Manitou College, affiliated with Dawson College in Montreal. It was a First Nation education institution. While I am Mi'kmaq and I lived on reserve. I did not know what it was to be a Mi'kmaq until I went to Manitou College, where there were Montagnais people, Huron, Cree, Mohawk and others. It was there that I came to understand better where I came from. Together, we learned in an educational institution. It was a very formative time in my life that shaped me into who I am today, sitting at this Senate table. I am privileged to be here.

I am only one example of the many students who went through such an educational institution. Another person I know is Ms. Ghislain Picard, Regional Chief of the Assembly of First Nations Quebec-Labrador. Even though I was there for only one semester, it had a great impact on me.

Those who have graduated from that institution work in various levels of government or work for political organizations or might be politicians. They work at the community, local, regional, national and even international levels.

Supporting First Nation education within a First Nation environment is an excellent experience. Unfortunately, I did not have the opportunity to graduate from the college because the government closed it. I remember not understanding why, because we were getting a great education. The government talked about budget restraints or said there was too much promiscuity or alcohol abuse. That happens in all educational institutions when university and college students become liberated from their home environments and enjoy life to a different extent that later on is not the same.

Whatever the government policy or justification was at that time, the end result is they closed that institution. Many great leaders came from that college. I am sure that it is the same in your region — many people who have gone through the institution have become leaders in their communities.

**Senator Fairbairn:** Some have become doctors.

**Ms. Dedam-Montour:** There are many benefits. Manitou College was in a very native environment and so it was enriching emotionally and culturally. However, because the government closed it, I had to go to Dawson College in Montreal, which was not the same. I was afraid to leave the

niveaux. En ce qui a trait aux enfants, les efforts des dernières années pour les rejoindre avant qu'il ne soit trop tard ont été couronnés de succès. Avez-vous entendu parler de ces liens dans cette partie du Canada, où il y a un important et merveilleux groupe d'Autochtones?

**Mme Dedam-Montour :** Je ne suis pas au courant de cet établissement et de la relation qui a été créée, mais je peux m'appuyer sur mon expérience personnelle. J'ai terminé mes études secondaires en 1976. J'ai fréquenté un établissement qui s'appelle Collège Manitou et qui était affilié avec le Collège Dawson à Montréal. Il s'agissait d'un établissement d'enseignement des Premières nations. Même si j'étais de descendance mi'kmaq et que je vivais dans une réserve, je n'ai pas su ce que signifiait être mi'kmaq avant de fréquenter le Collège Manitou, où il y avait des Montagnais, des Hurons, des Cris, des Mohawks et d'autres groupes. C'est à cet endroit que j'ai pu mieux comprendre d'où je venais. Ensemble, nous avons appris dans un établissement d'enseignement. C'est une période durant laquelle j'ai beaucoup appris et où je suis devenue qui je suis aujourd'hui, devant le Sénat. Je me sens privilégiée d'être ici.

Je ne suis qu'un exemple des nombreux étudiants qui ont fréquenté un tel établissement d'enseignement. Une autre personne que je connais est M. Ghislain Picard, chef régional de l'Assemblée des Premières nations du Québec et du Labrador. Même si je n'ai fréquenté l'établissement qu'un semestre, cela a eu un grand impact sur moi.

Ceux qui ont obtenu leur diplôme de cet établissement travaillent dans divers ordres de gouvernement ou pour des organisations politiques. Certains sont peut-être même politiciens. Ils travaillent aux niveaux communautaire, local, régional, national et parfois même international.

Favoriser les études des membres des Premières nations dans un environnement autochtone est une excellente expérience. Malheureusement, je n'ai pas eu l'occasion d'obtenir mon diplôme de ce collège parce que le gouvernement l'a fermé. Je me rappelle ne pas avoir compris pourquoi, parce que nous y obtenions une bonne éducation. Le gouvernement a parlé de limites budgétaires ou a dit qu'il y avait trop de promiscuité et de consommation d'alcool. Cela se produit dans tous les établissements d'enseignement quand les étudiants de niveau universitaire et collégial s'émancipent de leur environnement familial et profitent de la vie d'une manière différente et passagère.

Peu importe la politique du gouvernement ou sa justification à ce moment-là, le résultat final a été la fermeture de l'établissement. Beaucoup de grands leaders ont fréquenté ce collège. Je suis sûre que c'est la même chose dans votre région — beaucoup de gens qui ont fréquenté un établissement sont devenus des leaders dans leur collectivité.

**Le sénateur Fairbairn :** Certains sont devenus médecins.

**Mme Dedam-Montour :** Il y a de nombreux avantages. Le Collège Manitou était situé dans un environnement à caractère très autochtone, et l'expérience était donc enrichissante sur le plan émotionnel et culturel. Cependant, puisque le gouvernement l'a fermé, j'ai dû fréquenter le Collège Dawson à Montréal, et ce

train station and take a walk because I was afraid of getting lost. That was my experience. Students coming from smaller, more isolated communities, where there are no roads, no sidewalks and no running water are completely uprooted to get an education. They are in a foreign environment where the language and cultures are different.

The supportive environment mentioned earlier facilitates development.

**Dr. Reading:** This committee needs to reflect on what economists are calling the great recession as a global factor in all of this. Aboriginal people are the poorest of the poor and the consequences of this global recession are that investments will be withdrawn around factors that we know are supporting the determinants of health. Canada is out of step with its counterparts in other countries.

As we all know, Barack Obama has made a significant effort to stimulate the economy through strategic investments at a time when it is needed and he has reached out to Native Americans. He is putting a lot more resources into the Indian Health Service and is committed to meeting with native leaders to address the determinants of health.

As I mentioned earlier, Australia is doing the same and New Zealand has a long history of engaging with the Maori. I think Canada is out of step internationally with what is happening.

The consequences will be enormous. More than 50 per cent of the Aboriginal population is under the age of 25. That cohort of young people needs to obtain necessary, practical training. I am not talking about people becoming university professors — although some will. However, skills and opportunities for employment through training will be important to addressing the determinants of health. Government has a role in a recession to invest in the capacities of the next generation.

We have to look at the realities instead of shrinking away from the responsibilities of the population. We need to invest more. Mr. Dinsdale's commented that he is being forced to operate within a funding envelope that has not increased since the 1990s. This is despite making enormous gains and being able to respond to government evaluations, et cetera. That is tragic. There is something horribly wrong about the priorities of the government. It is about equity, human rights and inclusion.

We all get it. I guess I am preaching to the converted. However, my main issue is that Canada is out of step with other developed countries.

**The Chair:** Thank you, Dr. Reading. We are a little overtime, but we will go further.

n'était pas la même chose. J'avais peur de quitter la station ferroviaire et de marcher parce que j'avais peur de me perdre. C'est l'expérience que j'ai eue. Les étudiants qui viennent de petites collectivités isolées où il n'y a pas de routes, pas de trottoirs et pas d'eau courante doivent complètement se déraciner pour poursuivre leurs études. Ils se retrouvent dans un environnement étranger où la langue et les cultures sont différentes.

L'environnement de soutien mentionné plus tôt favorise le développement.

**Dr Reading :** Le comité doit réfléchir à ce que les économistes appellent la grande récession comme un facteur général dans tout ça. Les Autochtones sont les plus pauvres des pauvres, et les conséquences de la récession mondiale est que les investissements seront annulés en raison de facteurs qui, nous le savons, ont une incidence sur les déterminants de la santé. Le gouvernement canadien est en retard par rapport à ses homologues dans d'autres pays.

Comme nous le savons tous, Barack Obama a fait un grand effort pour stimuler l'économie grâce à des investissements stratégiques à un moment où de tels investissements sont nécessaires et il a tendu la main aux Amérindiens. Il a fortement augmenté les ressources du Indian Health Service et s'est engagé à rencontrer les leaders amérindiens pour parler des déterminants de la santé.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, l'Australie fait la même chose, et la Nouvelle-Zélande travaille depuis longtemps avec les Maoris. Je crois que le Canada est en retard par rapport à ce qui se passe à l'échelle internationale.

Les conséquences seront énormes. Plus de 50 p. 100 des Autochtones ont moins de 25 ans. Cette cohorte de jeunes a besoin d'une formation nécessaire et pratique. Je ne parle pas de devenir professeur d'université — même si certains d'entre eux y arriveront. Cependant, la formation pour obtenir des compétences et des occasions d'emploi sera un élément important pour aborder les déterminants de la santé. Durant une récession, le gouvernement doit investir pour renforcer les capacités de la prochaine génération.

Il faut regarder la réalité en face plutôt que de faire fi de nos responsabilités à l'égard de la population. Il faut investir davantage. M. Dinsdale nous a dit qu'il doit se satisfaire d'une enveloppe de financement qui est la même depuis les années 1990. Et cela, malgré les énormes gains et le fait qu'il respecte les évaluations du gouvernement, et ainsi de suite. C'est tragique. Il y a quelque chose qui ne va vraiment pas avec les priorités du gouvernement. C'est une question d'équité, de droits de la personne et d'inclusion.

Nous l'avons tous compris. J'imagine que je prêche à des convertis. Cependant, la principale chose que je veux faire valoir, c'est que le Canada est en retard par rapport aux autres pays industrialisés.

**Le président :** Merci, docteur Reading. Nous avons un peu dépassé le temps, mais nous poursuivrons quand même.

**Senator Callbeck:** In 2005, the Blueprint on Aboriginal Health was developed. I understand it was a guide on how we would move ahead in health. It was agreed by the federal government, the provinces, the Metis, Inuit and First Nations. It does not appear that it has gone anywhere. Is that a good guideline? Is that a starting point for population health?

**Mr. Dinsdale:** I cannot comment on the blueprint specifically because we were not engaged or part of the follow-up.

Although I disagreed with the outcome, I think Kelowna was the right process. It could have been more inclusive and focused its attention more on urban issues. Urban issues were a lens and that lens became a blindfold in our read of it. However, it was the right process.

It would be great if we had the three major national Aboriginal organizations here because they could speak to what they are doing. There are activities and perhaps our government colleagues can comment. It is an example wherein urban areas we were not engaged whatsoever in the development of the blueprint or its implementation.

**Ms. Dedam-Montour:** I agree that it is a good start. I have a seat on the Chief's Committee on Health at the Assembly of First Nations. I am not a voting member and I am not one of their technical supports, but I bring the community perspective.

The blueprint supports what leadership wants to do. It was a direction to pursue because it reflected a lot of collaboration. Simply to get a number of groups to agree on one document is an achievement in itself.

Although it was undertaken in 2005, there may have been a shift in some of the priorities. If it was brought back to the table, it would be a good step to have that opportunity to re-examine some issues and to update it to meet present needs.

**Ms. Kinoshameg:** I also was not part of that. Participation probably focused on the political leadership at that point to develop that blueprint. However, if it has not gone anywhere, maybe it should be reviewed. It could be a starting point along with everything else that has been discussed.

**Senator Callbeck:** Both you and Ms. Dedam-Montour mentioned the Chief's Committees on Health. Can you talk about those?

**Ms. Kinoshameg:** Ms. Dedam-Montour can speak to it.

**Ms. Dedam-Montour:** The Assembly of First Nations is made up of political leadership from each of ten regions across the country. Each region selects a chief to hold the health portfolio. This chief comes to the national level where they have meetings four times a year. To support the Chiefs' Committee on Health, each region will have a health technician. This person will look at policy, what is coming down, and assist developing strategies to guide what leadership can do in the next steps.

**Le sénateur Callbeck :** En 2005, on a élaboré le Plan directeur de la santé des Autochtones. J'ai compris qu'il s'agissait d'un guide sur la marche à suivre dans le domaine de la santé. Il a été signé par le gouvernement fédéral, les provinces, les Métis, les Inuits et les Premières nations. Il ne semble pas que cela ait donné quoi que ce soit. Est-ce un bon plan directeur? Est-ce un bon point de départ pour aborder le thème de la santé de la population?

**M. Dinsdale :** Je ne peux pas commenter le Plan directeur lui-même parce que nous n'avons pas participé au suivi.

Même si je suis en désaccord avec le résultat, je crois qu'on a utilisé le bon processus à Kelowna. Le processus aurait pu être plus inclusif et mettre l'accent davantage sur les enjeux en milieu urbain. Les enjeux en milieu urbain devaient être l'angle d'approche, mais c'est plutôt devenu un angle mort selon nous. Cependant, c'était le bon processus.

Il aurait été opportun de compter les trois principales organisations autochtones nationales avec nous, parce qu'elles auraient pu parler de ce qu'elles font. Il y a des activités, et, peut-être, que nos homologues du gouvernement peuvent les commenter. C'est un exemple de cas où les représentants des zones urbaines n'ont participé d'aucune manière à l'élaboration ou à la mise en œuvre du plan directeur.

**Mme Dedam-Montour :** Je conviens aussi que c'est un bon début. Je siège au Chief's Committee on Health de l'Assemblée des Premières Nations. Je ne suis pas un membre votant et je ne suis pas là pour fournir un soutien technique. Cependant, je fais connaître le point de vue de la collectivité.

Le plan directeur appuie ce que les leaders veulent faire. C'était la marche à suivre parce que cela reflétait beaucoup de collaboration. Le simple fait qu'un certain nombre de groupes s'entendent sur un document est déjà une réussite en soi.

Même si le processus a été entrepris en 2005, certaines de priorités ont changé. Si on reprenait les discussions, ce serait une bonne idée d'avoir l'occasion de réexaminer certains des enjeux et de le mettre à jour pour qu'il réponde aux besoins actuels.

**Mme Kinoshameg :** Je n'ai moi non plus pas participé à cette initiative. La participation était peut-être limitée à la sphère politique à cette étape de l'élaboration du plan directeur. Cependant, si le plan n'a rien donné, il faudrait peut-être le réexaminer. Ce pourrait être un point de départ s'ajoutant à tout ce dont nous avons parlé précédemment.

**Le sénateur Callbeck :** Vous et Mme Dedam-Montour avez mentionné le Chief's Committee on Health. Pouvez-vous en parler?

**Mme Kinoshameg :** Mme Dedam-Montour peut en parler.

**Mme Dedam-Montour :** L'Assemblée des Premières Nations est composée de leaders politiques de chacune des dix régions du pays. Chaque région choisit un chef responsable du dossier de la santé. Ces chefs se réunissent à l'échelon national quatre fois par année. Pour appuyer le Chiefs' Committee on Health, chaque région choisit un technicien en santé. Cette personne se penche sur les politiques, ce qui se passe, et aide à élaborer les stratégies pour orienter les leaders quant à ce qu'ils doivent faire ensuite.

As leaders, you are sitting here today, but there are many people sitting behind you that have informed you, are guiding you and feeding you as much information as possible so you can make informed decisions. The Chiefs' Committee on Health has health technicians who do that. I have sat on that committee since 2005.

**Senator Callbeck:** Ms. Langlois mentioned that Health Canada talks a lot with other policy makers and practitioners in other countries of the world.

Are there initiatives or best practices that you have learned from other countries that you have initiated here or would like to initiate here in terms of population health?

**Ms. Langlois:** Maybe I can speak to one initiative with which I am familiar. There is a northern dimension partnership on health and social matters. It involves all of the Nordic countries — Iceland, Finland, Norway, Russia, Lithuania, et cetera. It is pertinent to the Inuit, but also to northern First Nation in terms of the issues addressed.

Last November, we hosted a meeting where representatives from those countries came. We encouraged them to bring indigenous people from their countries as well. Our approach in working with other countries is that we always want to ensure a one-for-one match between a government official and an indigenous representative to model the partnership to ensure it is not only governments talking at indigenous people, but governments working side by side.

We had the meeting in November. It was a brainstorming around issues of importance to indigenous people across these countries. It was an opportunity to discuss HIV/AIDS, nutrition and mental health and addictions. I went there to speak about mental health and addictions since that is my lens, but there was other work happening on HIV/AIDS and nutrition.

I will speak specifically on mental health and addictions. We had the opportunity to talk about what we are doing in Canada with the other countries. It became clear that the countries were excited to learn from the things we are doing in Canada. In much of the work we are doing, there are three constellations of programs recently put in place. There was the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy put in place as a result of the First Ministers meetings in 2004, but confirmed in Budget 2005 and Budget 2006 under the new government. We also have the Indian Residential Schools Settlement Agreement that has brought funding into Health Canada to support former students of residential schools as they go through the processes of the settlement agreement — the apology and the coming truth and reconciliation commission.

En tant que leaders, vous êtes ici aujourd'hui, mais il y a beaucoup de personnes derrière vous qui vous ont informés, qui vous orientent et qui vous fournissent le plus de renseignements possibles afin que vous puissiez prendre des décisions éclairées. Le Chiefs' Committee on Health a des techniciens en santé qui font cela. Je siège à ce comité depuis 2005.

**Le sénateur Callbeck :** Mme Langlois a mentionné que Santé Canada discute beaucoup avec d'autres décideurs et praticiens dans d'autres pays.

Y a-t-il des initiatives ou des pratiques exemplaires que vous avez apprises d'autres pays et que vous avez appliquées ici ou que vous aimeriez appliquer dans les domaines de la santé de la population?

**Mme Langlois :** Je peux peut-être parler d'une initiative que je connais bien. Il y a un partenariat entre les pays des régions circumpolaires en matière de santé et d'enjeux sociaux. Tous les pays nordiques y participent : Islande, Finlande, Norvège, Russie, Lituanie, et cetera. Ce partenariat présente un intérêt pour les Inuits, mais aussi pour les Premières nations du Nord sur le plan des enjeux qui y sont abordés.

En novembre, nous avons tenu une réunion où des représentants de ces pays ont été conviés. Nous les avons encouragés à amener des indigènes de leurs pays avec eux. Notre approche lorsque nous travaillons avec d'autres pays est de nous assurer qu'il y a toujours un nombre égal de représentants du gouvernement et de représentants indigènes pour créer un partenariat où ce ne sont pas seulement les gouvernements qui parlent à des indigènes, mais des gouvernements qui travaillent côté à côté.

Nous avons organisé une réunion en novembre. Nous avons effectué une activité de remue-ménages portant sur les enjeux importants pour les peuples indigènes dans ces pays. Nous avons eu l'occasion de discuter du VIH/sida, de nutrition et de santé mentale et de toxicomanie. J'y suis allée pour parler de santé mentale et de toxicomanie puisque c'est ma spécialité, mais il y avait d'autres travaux en cours sur le VIH/sida et la nutrition.

J'aborderai principalement le thème de la santé mentale et de la toxicomanie. Nous avons eu l'occasion de parler de ce que nous faisions au Canada aux autres pays. Il était évident que les pays étaient très intéressés à apprendre ce que nous faisions au Canada. On peut regrouper une bonne partie des travaux que nous faisons en trois constellations de programmes récemment mis en place. Il y a la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones qui a été mise en place à la suite des réunions des premiers ministres, en 2004, et qui a été confirmée dans le Budget de 2005 et le Budget de 2006 sous un nouveau gouvernement. Il y a aussi la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens qui a permis à Santé Canada d'obtenir du financement pour soutenir les anciens étudiants des pensionnats qui entreprennent les processus prévus dans la Convention de règlement — les excuses et la Commission de vérité et de réconciliation.

We also have funding under the new National Anti-Drug Strategy that will see us modernizing our addictions program. One key element is putting in place these multi-disciplinary mental wellness teams.

There is a lot of activity happening in this area. We had the opportunity to share that and there was some real excitement amongst the other countries. We were invited back; one of my staff went back to Sweden last week. There will now be work moving forward where Canada actually has best practices to share with other countries.

I know your question was whether we have learned about best practices in other countries. However, that is where the sharing comes from. We have opened the door; we are sharing our mental health and addictions programming and we are actively looking at the Maori suicide prevention strategy. That has been put in place in New Zealand and we work with that, understand it and we see how it informs our work.

Therefore, yes, we are doing that work in our programs and I think it would be the same in any of Ms. Wood's programs. Tuberculosis would be an important thing to speak about in terms of a recent national forum.

**Senator Pépin:** Some witnesses told the subcommittee that a population health policy should be established separately from a poverty reduction strategy. What do you think of that?

**Mr. Dinsdale:** A poverty reduction strategy has a particular connotation around education and skills development and training. It clearly has outcomes in health. However, the prevalence of diseases and illness and particular specific health outcomes require immediate interventions.

I think the social determinants of health and that approach, with poverty in particular, is a long-term approach. You need to deal with the immediate needs while trying to take that broader vision.

**Dr. Reading:** A poverty reduction approach is extremely important because the cognitive ability of an infant is most malleable, from a biological point of view. However, we do not invest very much in that stage of life. We do the inverse: We put a lot of resources into seniors through the tax system. Refocusing investment and support on the early stages of life — for children — through a poverty reduction strategy is an important way to try to optimize the potential for healthy growth and development.

I will talk about the issue of different governments and what they are doing. In the United States, there are Native American centres for epidemiology, which are funded by the Center for Disease Control and also the Indian Health Service. There are 11 of them across the country in the U.S., including Alaska.

Nous avons aussi reçu du financement dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue qui nous permettra de mettre à jour nos programmes de lutte contre la toxicomanie. Un élément clé consiste à mettre en place des équipes multidisciplinaires en santé mentale.

Il se passe beaucoup de choses dans ce domaine. Nous avons eu l'occasion d'en parler, et les autres pays étaient vraiment impressionnés. On nous a invités à nouveau. Un de mes employés est retourné en Suède la semaine dernière. Les travaux se poursuivront, et le Canada sera en fait en mesure de communiquer des pratiques exemplaires à d'autres pays.

Je sais que votre question portait sur des pratiques exemplaires que nous aurions pu apprendre des autres pays. Cependant, c'est de cette manière qu'on initie la communication. Nous avons ouvert la porte, nous avons présenté nos programmes en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie et nous examinons activement la stratégie de prévention du suicide au sein du peuple Maori qui a été mise en place en Nouvelle-Zélande. Nous l'examinons, nous tentons de la comprendre et de déterminer quel impact elle peut avoir sur nos travaux.

Par conséquent, oui, nous travaillons ainsi dans le cadre de nos programmes, et je suis sûre qu'il se passe la même chose dans les programmes de Mme Wood. À la lumière d'un récent forum national, ce serait une bonne chose de parler de la tuberculose.

**Le sénateur Pépin :** Certains témoins ont dit au sous-comité qu'il faudrait créer une politique sur la santé de la population distincte d'une stratégie de réduction de la pauvreté. Qu'en pensez-vous?

**M. Dinsdale :** Une stratégie de réduction de la pauvreté a une connotation particulière liée à la formation et au renforcement des compétences. Il ne fait aucun doute qu'une telle stratégie a des résultats liés à la santé. Cependant, la prévalence de maladies et de troubles de santé et les résultats particuliers en matière de santé exigent des interventions immédiates.

Je crois que les déterminants sociaux de la santé et cette approche, de lutte à la pauvreté en particulier, sont des initiatives à long terme. Il faut répondre aux besoins immédiats tout en tentant d'établir une vision générale.

**Dr Reading :** Il est très important de mettre en place une approche axée sur la réduction de la pauvreté parce que les capacités intellectuelles d'un enfant sont extrêmement malléables du point de vue biologique. Cependant, il y a peu d'investissements liés à cette étape de la vie. Nous faisons le contraire : nous consacrons beaucoup de ressources aux aînés par l'intermédiaire du régime fiscal. Rediriger les investissements et le soutien vers les premières étapes de la vie — pour les enfants — grâce à une stratégie de réduction de la pauvreté, est un moyen efficace d'essayer d'optimiser le potentiel de croissance et de développement sain de l'enfant.

Je vais parler des différents gouvernements et de ce qu'ils font. Aux États-Unis, il y a des centres d'épidémiologie pour les Amérindiens qui sont financés par le Center for Disease Control et le Indian Health Service. Il y en a 11 à l'échelle des États-Unis, y compris en Alaska. Même si certains relèvent des tribus et

While some are under tribal control and some are urban based, they are governed by Aboriginal people themselves. They provide evidence tracking the health status of people within their regions. Then it is actually translated into programs and services. That is an important thing.

In Canada, we have the signatories of a tripartite agreement. First Nations, the federal government and the provinces have agreed to this with the leadership council to refocus on health. Many of us hope that will lead to regional health authorities under Aboriginal control. That is one of the big issues that needs to be addressed. We need to be supporting self-determination in the area of health and having Aboriginal people at the table as CEOs of regional health authorities.

To come full circle, Senator Keon's idea of the polyclinics in Cuba is a very good idea. However, I think it needs to be discussed and analyzed at the regional level through regional health authorities where Aboriginal people sit with other regional health authority leaders and discuss these issues.

Many of the regional health authorities in Canada have multi-billion dollar budgets and the Aboriginal piece is a very small piece; it is sort of on the side and not really a priority. However, if there was an Aboriginal seat at that table in each of the regions of Canada, then there would be a lot of good interaction among those authorities.

My experience as the Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research, as one of 13 institutes, was that there was a tremendous amount of synergy because the expertise was contained in our area. Like Ms. Dedam-Montour says, because you have many people behind you, supporting your decisions, we are able to add value to the CIHR.

In the area of health services, having an Aboriginal seat at the regional health authorities table would add value to the entire enterprise.

**The Chair:** Tomorrow we are meeting with the information gurus. It will comprise just about everyone in the country. What stage were you at in your institute when you completed your tenure there?

**Dr. Reading:** I had been there for almost eight years and we had funded over \$100 million of Aboriginal research that probably would not have happened. A great deal of that funding was through partnerships with other institutes.

I want to emphasize that the CIHR does not compromise on its pursuit of scientific excellence; it is done through a very rigorous peer review system. Therefore, we were meeting international standards of research excellence while at the same time addressing community priorities and funding research that was relevant to Aboriginal communities.

d'autres sont en zone urbaine, ils sont gouvernés par les populations autochtones elles-mêmes. Les centres permettent d'effectuer un suivi des données probantes sur la santé des gens résidant dans leurs régions. En fait, cela a mené à des programmes et des services. C'est quelque chose d'important.

Au Canada, il y a les signataires d'une entente tripartite. Les Premières nations, le gouvernement fédéral et les provinces se sont entendus là-dessus, et le conseil de leadership doit se concentrer sur la santé. Bon nombre d'entre nous espèrent que cela permettra la création de régies régionales de la santé sous contrôle autochtone. C'est un des principaux enjeux qu'il faut aborder. Il faut favoriser l'autodétermination dans le domaine de la santé et faire participer des Autochtones en tant que présidents de régies régionales de la santé.

Pour boucler la boucle, l'idée du sénateur Keon sur les polycliniques de Cuba est une très bonne idée. Cependant, je crois qu'il faut en discuter et procéder à des analyses à l'échelle régionale par l'intermédiaire des régies régionales de la santé auxquelles participent des Autochtones et d'autres leaders régionaux du domaine de la santé pour en parler.

Bon nombre des régies régionales de la santé du Canada ont des budgets de plusieurs milliards de dollars, et la part autochtone est très petite; ce n'est pas vraiment considéré, semble-t-il, comme une priorité. Cependant, si un Autochtone siégeait aux régies de chaque région du Canada, alors il y aurait beaucoup d'interactions positives entre ces régies.

Mon expérience en tant que directeur scientifique des Instituts de recherche en santé du Canada, d'un des 13 instituts, était qu'il y avait une importante synergie en raison de notre expertise dans le domaine. Comme l'a dit Mme Dedam-Montour, parce qu'il y a beaucoup de personnes derrière vous, qui appuient vos décisions, cela donne une valeur ajoutée aux IRSC.

Dans le domaine des services de santé, s'assurer qu'un Autochtone fait partie du conseil des régies régionales de la santé ajouterait de la valeur à toute l'organisation.

**Le président :** Demain, nous rencontrons les gourous de l'information. Cela veut dire à peu près tout le monde au pays. Où en étiez-vous dans votre institut lorsque vous avez terminé votre mandat?

**Dr Reading :** J'y étais depuis presque huit ans, et nous avions fourni plus de 100 millions de dollars en financement d'activités de recherche autochtones qui, sans nous, n'auraient probablement pas eu lieu. Une bonne partie du financement était accordée par l'intermédiaire de partenariats avec d'autres instituts.

J'aimerais mettre l'accent sur le fait que les IRSC ne font pas de compromis en ce qui a trait à l'objectif d'excellence scientifique; l'excellence est assurée grâce à un rigoureux système d'examen par les pairs. Par conséquent, nous respectons les normes internationales en matière d'excellence en recherche tout en tenant compte des priorités communautaires et en finançant des recherches qui sont pertinentes pour les collectivités autochtones.

I think the CIHR was a good model that would demonstrate how we could integrate across this in an inclusive way. To someone at this meeting I said, "If you are not at the table, you are on the menu." I think it is time Aboriginal people had a seat at the table.

**The Chair:** We cannot beat that quote so we have to close the meeting.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report on the impact of the factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health (topic: roundtable on the population health database infrastructure).

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[English]

**The Chair:** Honourable senators and guests, thanks to all of you for giving up your precious time in coming here and helping us with our rather monumental task. We are quite optimistic about it. We hope to wrap up and get our final report done within approximately the next month and release it in early June. The deliberations today will be of tremendous importance.

Before I introduce everyone, our objective is to encourage involvement at every level of government and in every sector, going down to the community level. We will have a large emphasis on community. The report will recommend an all-of-government approach for the cabinet committee of the federal government led by the Prime Minister, cabinet committees of the provinces led by the premiers, similar civic committees in the cities, and community committees. This will correspond to the organizations and allow horizontal and vertical integration of all the government, NGO and intersectoral resources necessary to make a population health approach effective.

I will not bore you with any further comments because I want to listen. I will be very brief with the introductions. I will obviously not be doing any of you justice.

We have with us today Odette Madore, our analyst and principal writer for the subcommittee; Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Agency of Canada; Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Saskatoon Health Region; Senator Joan Cook from Newfoundland; Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch, Newfoundland and Labrador Department of Finance; Vivek Goel, President and Chief

Je crois que les IRSC sont un bon modèle qui montre bien comment il est possible d'intégrer les structures à l'échelle nationale de manière inclusive. Comme j'ai dit à quelqu'un présent à la réunion : « Si tu n'es pas assis à la table, tu es au menu ». Je crois qu'il est temps que les Autochtones soient assis à la table.

**Le président :** On ne pourrait pas finir sur une meilleure note, et je mets donc fin à la réunion.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne — appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé (sujet : table ronde sur l'infrastructure de la base de données sur la santé des populations).

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Honorables sénateurs et invités, je vous remercie de nous consacrer de votre précieux temps ce matin en vue de nous aider à accomplir cette tâche plutôt monumentale. Nous sommes très optimistes. Nous espérons mener à bien nos travaux et rédiger notre rapport final au cours du prochain mois, après quoi nous comptons le déposer au début du mois de juin. Les délibérations d'aujourd'hui seront d'une importance capitale.

Avant de passer aux présentations, je tiens à préciser que notre objectif est d'encourager la participation de chaque ordre de gouvernement et dans chaque secteur, jusqu'au niveau communautaire. Nous mettrons beaucoup l'accent sur la communauté. Le rapport recommandera une approche pangouvernementale pour le comité du Cabinet du gouvernement fédéral, dirigé par le premier ministre, ainsi que les comités des cabinets provinciaux dirigés par les premiers ministres, les comités municipaux qui s'y apparentent et également les comités communautaires. L'approche recommandée en matière de santé de la population tiendra compte des besoins des organisations et permettra l'intégration horizontale et verticale de toutes les ressources dont les gouvernements, les ONG et les différents secteurs ont besoin pour en assurer l'efficacité.

Je ne vous ennuierai pas davantage avec mes propos; je préfère vous entendre. Mes présentations seront très brèves et, bien entendu, je ne rendrai justice à personne.

Nous avons parmi nous aujourd'hui Odette Madore, analyste et rédactrice principale du sous-comité; le Dr Gregory Taylor, directeur général du Bureau de la pratique en santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada; le Dr Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef à la Régie régionale de la santé de Saskatoon; le sénateur Joan Cook de Terre-Neuve-et-Labrador; Alton Hollett, sous-ministre adjoint à la Direction de l'économie et de la statistique du ministère des Finances de

Executive Officer, Ontario Agency for Health Protection and Promotion; Senator Nicole Eaton; Ms. Karen Dodds, Assistant Deputy Minister, Health Canada; Senator Catherine Callbeck, former Premier of Prince Edward Island, and a tremendous help to us because of the experience that she brings to the table; Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba; Barbara Reynolds, clerk of the committee, who runs my life. Senator Art Eggleton, former mayor of Toronto and former head of Treasury Board, will join us shortly.

In addition, we have Mike Sheridan, Chief Operating Officer, Canada Health Infoway Inc.; Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs, Canadian Institute for Health Information; Senator Lucie Pépin, a nurse and senator from Quebec, who is deputy chair of this committee; Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information; Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Statistics Canada, and my old friend. Senator Andrée Champagne will join us shortly.

We also have Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development, Agriculture and Agri-food Canada; and Michel Frojmovic, MCIP, RPP, Director, Acacia Consulting and Research, Federation of Canadian Municipalities.

We have outlined some questions for you to try and maintain some focus, and I have had preliminary discussions with some of you about these questions. The consensus was that for the first round you can address all four, if you wish, or one specific question. I will try to bring you back as we move along to answer the specific questions, because Ms. Madore has a difficult task in trying to integrate all of these comments into a common thread.

Having said that, we will begin with community-based models. I spoke to Michael Sheridan recently on the telephone and had an interesting conversation. I will ask him to comment, and then the floor will be open.

**Mike Sheridan, Chief Operating Officer, Canada Health Infoway Inc.:** I will keep my comments brief because the subcommittee has put a number of significant and substantive questions to the panel to ponder. It is important that we proceed with that agenda.

I have two commentaries. The first concerns the model that has been employed to advance and accelerate the implementation and uptake of electronic health records. The chair had pointed out that it is important to encourage involvement of all levels of government. I think we have been fairly successful with the model that Infoway has used to some degree.

The potential exists for electronic health records to contribute to the data and information system components and could help form part of a foundation for a population health information system. We must recognize clearly from the start that the data

Terre-Neuve-et-Labrador; Vivek Goel, président-directeur général de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; le sénateur Nicole Eaton; Mme Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Santé Canada; le sénateur Catherine Callbeck, ex-première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard, qui nous fera profiter de sa vaste expérience; Mark Smith, directeur agrégé, Manitoba Centre for Health Policy Repository, Université du Manitoba; Barbara Reynolds, greffière du comité, celle qui gère mon quotidien. Le sénateur Art Eggleton, ancien maire de Toronto et ancien président du Conseil du Trésor, se joindra à nous sous peu.

Aussi, nous avons Mike Sheridan, chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada Inc.; Jean-Marie Berthelot, vice-président des programmes à l'Institut canadien d'information sur la santé; le sénateur Lucie Pépin, du Québec, vice-présidente du sous-comité et infirmière également; Jean Harvey, directeur de l'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'Institut canadien d'information sur la santé; Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Statistique Canada, qui est aussi un de mes vieux amis. Le sénateur Andrée Champagne sera des nôtres un peu plus tard également.

Enfin, nous avons Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique, Agriculture et Agroalimentaire Canada; et Michel Frojmovic, MCIP, RPP, directeur, Acacia Consulting and Research, Fédération canadienne des municipalités.

Nous vous avons préparé quelques questions afin de tenter de circonscrire le débat, et je me suis également entretenu de façon préliminaire avec certains d'entre vous à ce sujet. Dans un premier temps, si le cœur vous en dit, vous pourrez aborder les quatre questions ou encore une seule. Au fil de nos discussions, j'essaierai de vous ramener à la question particulière, parce que Mme Madore doit voir à la tâche colossale de réunir, si possible, les observations en un tout cohérent.

Cela étant dit, nous commencerons par les modèles axés sur la communauté. J'ai parlé récemment avec Michael Sheridan, qui avait des choses intéressantes à dire au bout du fil. Je lui demanderai de présenter ses observations d'abord, après quoi tous pourront y aller des leurs.

**Mike Sheridan, chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada Inc.:** Je serai bref car le sous-comité a soumis à l'attention du groupe un certain nombre de questions de fond qu'il est important d'aborder.

J'ai deux observations. Premièrement, je parlerai du modèle utilisé pour promouvoir et accélérer l'élaboration et l'adoption de dossiers de santé électroniques au Canada. Le président a fait remarquer qu'il faut inciter tous les ordres de gouvernement à participer. Je crois qu'Inforoute a connu un certain succès grâce au modèle qu'elle a décidé d'appliquer.

Deuxièmement, je parlerai de ce que les dossiers de santé électroniques peuvent apporter aux données et renseignements qui pourraient servir à la création d'un système d'information sur la santé de la population. D'entrée de jeu, il nous faut clairement

requirements for tracking broader population health outcomes and supporting research and analysis extend well beyond clinical health care information.

With respect to the Infoway model, Canada's first ministers understood the need to exploit the power of information technology. They unanimously agreed to work together to develop a Canada-wide health info-structure to improve quality, access and timeliness of health care for Canadians. The first ministers also recognized that Canada's challenges would best be met with a national commitment to develop solutions that would operate across all health care organizations and systems.

Infoway was created as a not-for-profit corporation funded by the federal government. The corporation's "owners," for lack of a better term, are the 14 deputy ministers of health. Infoway is not a granting agency. It is a strategic investor with our provincial and territorial partners. We play an active proposal in project planning, design and deployment of systems, but we do not actually build, operate or own those systems. That work is done by the provinces and territories.

Joint investment is a condition of the funding. It enables the corporation to lever additional funds from other governments. To ensure value and to mitigate risk, we use a gated funding approach that requires specific deliverables and adoption targets to achieve for each project. Before any funds are disbursed, those targets and adoptions must be met.

We also measure results and benefits. To date, we have approved investments of over \$1.5 billion for over 270 active or completed projects. The model has functioned on the basis of cooperation and collaboration. This has been a clear underpinning of some of the successes I hope we have had.

On the second point, I think electronic health records can and should provide unique opportunities to contribute to and advance research, policy, analysis and improve the understanding of health outcomes. Recognizing that these electronic health record systems have been designed first and foremost to improve access, safety, quality and productivity in the actual delivering of clinical care. I think the future holds enormous possibilities for these systems to contribute to life course information and integrated population health information.

The goal we have set is that, by 2010, 50 per cent of Canadians will have their electronic health records available to their authorized professional who provides their health care services. That means the availability of client demographic, provider demographic, diagnostic images, laboratory test results, dispensed pharmaceuticals, as well as clinical reports or immunization data. In establishing this goal line we have placed a high priority on a

reconnaître que les données requises pour faire le suivi des résultats d'ensemble obtenus en matière de santé de la population et pour soutenir l'analyse et la recherche vont bien au-delà des renseignements cliniques sur les soins de santé.

En ce qui concerne le modèle d'Inforoute, les premiers ministres du Canada ont compris la nécessité de tirer parti du potentiel des technologies de l'information. Ils ont convenu à l'unanimité de travailler ensemble à l'élaboration d'une infostructure pancanadienne de la santé pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins de santé tout en augmentant la qualité des soins et en réduisant les temps d'attente. Les premiers ministres ont également reconnu qu'un engagement national serait la meilleure façon de relever ce défi et de trouver des solutions qui permettraient de relier entre eux les systèmes des divers établissements et cliniques.

Inforoute est un organisme sans but lucratif qui est financé par le gouvernement fédéral et qui « appartient », en quelque sorte, aux 14 sous-ministres de la Santé. Inforoute n'est pas un organisme subventionnaire. C'est un investisseur stratégique qui travaille auprès des provinces et des territoires. Nous jouons un rôle actif dans la planification des projets et dans la conception et le déploiement des systèmes mais, dans les faits, nous ne construisons, ne possédons et n'exploitons pas ces systèmes. Ce sont les provinces et les territoires qui s'occupent de ces choses.

L'investissement conjoint est une condition des accords de financement, et cela nous permet de mobiliser des fonds supplémentaires provenant d'autres gouvernements. Pour garantir la notion de valeur et atténuer les risques, nous avons instauré un processus de financement par étapes, chaque projet devant produire des résultats spécifiques et atteindre des cibles déterminées avant de recevoir les fonds.

Nous mesurons aussi les résultats et les avantages qui en découlent. À ce jour, Inforoute a approuvé des investissements d'un peu plus de 1,5 milliard de dollars pour plus de 270 projets en cours ou terminés. Le modèle repose sur la collaboration et la coopération, deux éléments clairement essentiels à notre réussite.

Par ailleurs, je pense que les dossiers de santé électroniques peuvent, et doivent, fournir des possibilités uniques de promouvoir la recherche, les politiques, les analyses et une meilleure compréhension des résultats en matière de santé. Les systèmes de dossiers de santé électroniques ont été conçus avant tout pour améliorer l'accès aux soins, la sécurité, la qualité et la productivité dans la prestation des soins cliniques. Je pense que l'avenir s'annonce fort prometteur pour ces systèmes et la contribution qu'ils apporteront aux renseignements sur la santé tout au long de la vie, de même qu'aux renseignements intégrés sur la santé de la population.

Nous nous sommes fixés pour objectif, d'ici 2010, de mettre les dossiers de santé électroniques de 50 p. 100 des Canadiens à la disposition des professionnels de la santé reconnus qui leur dispensent des soins. Cela signifie qu'ils auront accès à des données sur le client et sur le fournisseur, à l'imagerie diagnostique, aux résultats des tests de laboratoire, à la liste des produits pharmaceutiques prescrits, aux rapports cliniques ou aux

common systems architecture that has been adopted by the jurisdictions, as well as data and information standards that will permit interoperability of these system solutions.

New funding in the 2009 federal budget will provide the opportunity for expansion of investments in the implementation and use of electronic medical record systems in physicians' offices, investments to enhance and improve standards for interoperability, and make progress on the implementation of consumer health solutions primarily in the area of patient portals.

While the country has made some significant progress on the acceleration and use of electronic health records, there is much more work that remains to be done, including work to actually establish those interfaces so that these data within these clinical systems can be optimized for use in the health care system. I remain optimistic that that certainly can be done, and should be done, and currently Infoway is working closely with the Canadian Institute for Health Information, Health Canada, Statistics Canada, the Public Health Agency of Canada and a number of jurisdictional partners to address both technical and policy issues to optimize the investments in electronic health records, to better respond and to support the data and information needs for overall health system use.

**Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Statistics Canada:** Let me start by putting a few remarks on the table with respect to the first question that you have asked us to consider, and that is whether or not we have a clear set of national population health indicators and whether they are appropriate for population health policy and implementation.

The first thing I would say is that indicators are good as nice, simple numbers that you can look at or track over time, but living as I do, in the national statistical office, I have to emphasize that indicators do not just hang like apples on a tree; they require an underlying information system. Therefore, in what I am going to say I will be talking more about the information system that underlies the indicators as much as the indicators themselves.

The simple example is life expectancy. We could not have that number if we did not have a population census, and if we did not have vital event registration, particularly death registration. I think Canada has seen tremendous progress in the development of our health information systems over the last decade; for example, the launch of the Canadian Community Health Survey, the substantial growth in the Canadian Institute of Health Information and the variety of programs and administrative data sets they receive from provincial governments in particular. We

données sur l'immunisation. En fixant cet objectif, nous avons accordé une grande priorité à l'architecture commune des systèmes qui a été adoptée par les provinces et territoires ainsi qu'aux normes relatives aux données et aux renseignements qui permettront l'interopérabilité entre les systèmes d'information sur la santé.

Les nouveaux fonds prévus dans le budget fédéral de 2009 permettront d'accroître les investissements faits pour mettre en oeuvre et utiliser les systèmes de dossiers de santé électroniques dans les bureaux des médecins. Ils permettront également d'améliorer les normes d'interopérabilité et de faire progresser la mise en oeuvre de solutions de santé, principalement en ce qui concerne les portails destinés aux patients.

Même si notre pays a fait de grands progrès pour favoriser et accélérer l'élaboration et l'adoption des dossiers de santé électroniques, il reste beaucoup à faire, y compris créer les interfaces qui permettront d'optimiser les données consignées dans ces systèmes cliniques pour permettre leur utilisation dans le système de soins de santé. Je demeure optimiste à cet égard et je crois qu'il est possible de le faire, et qu'on doit le faire. A l'heure actuelle, Inforoute travaille en étroite collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé. Santé Canada, Statistique Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et un certain nombre de partenaires dans les provinces et les territoires pour régler des questions pratiques et politiques afin d'optimiser les investissements dans les dossiers de santé électroniques et ainsi mieux répondre aux besoins en données et en renseignements associés à leur utilisation dans le système de santé.

**Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Statistique Canada :** Je me permets de commencer par quelques observations qui portent sur la première question que vous nous avez soumise pour étude, c'est-à-dire si le Canada dispose ou non d'un ensemble clair d'indicateurs nationaux sur la santé des populations et si ces indicateurs sont propices à la mise en œuvre d'une politique sur la santé des populations.

Je dirais d'abord que les indicateurs sont utiles en tant que données simples qui peuvent être examinées ou suivies dans le temps mais je me permets d'insister, au nom de ceux qui comme moi travaillent au bureau national des statistiques, sur le fait que les indicateurs ne sont pas comme des fruits suspendus à un arbre; ils exigent d'avoir un système d'information sous-jacent. Par conséquent, je parlerai autant, sinon plus, du système d'information sous-jacent aux indicateurs que des indicateurs à proprement parler.

Prenons par exemple l'espérance de vie. Nous ne pourrions connaître cette donnée si nous n'avions pas de recensement de la population et si nous n'avions pas les données sur l'état civil, tout particulièrement les registres de décès. Je pense que le Canada a fait d'énormes progrès pour ce qui est du développement de ses systèmes d'information sur la santé au cours des 10 dernières années; on n'a qu'à penser à la création de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, à la croissance importante de l'Institut canadien d'information sur la santé et aux divers

are still in the early days yet, and not as far along as we ought to be in being able to assemble these administration data into patient trajectories.

The diagram that has been circulated shows this life course perspective. That is absolutely fundamental to understanding population health and various interventions. One of the simple reasons is that an intervention today may take years before it plays out; things such as physical activity or smoking. It is well known that those are cumulative in their effects or they take a long time to manifest.

One of the other important advances I would note that is particularly pertinent to the question of disparities is that we recently completed a linkage of the 1991 census to death records, a mortality follow-up funded by the Canadian Population Health Initiative. That will give us an unprecedented opportunity, and we have already started to analyze in much more depth the extent and character of disparities in the country.

That is the good news. The other part I wanted to say a word or two about is the future. I believe there are still major gaps in our health information system. One of my hobbies is microscopy so I cannot help making a metaphor. If one thinks about the revolutionary effect that the invention of the microscope had on all sorts of ways that we perceive the world, the whole idea of microbes was not there before the microscope was invented and people could see things. We are seeing it lately in astronomy, as new kinds of telescopes are invented. The fundamental importance I want to highlight is that of the kind of observational tools that we have. The observational tools we have in the area of population health are still nascent. They are not nearly strong enough, I think, to really serve the needs of a comprehensive and thorough-going policy. I will give one example recently of exploiting the data that is emerging in trying to understand things.

Infoway is a potential major contributor with the electronic health record. The idea is having dense observations so that one can exploit natural experiments. What I mean by that is that it is expensive to do randomized trials, and by and large they are not feasible, but we have in this country, because of the nature of the confederation, all kinds of different policies implemented in different parts of the country and we should be able to learn from that variety of policies.

ensembles de données administratives et de programme fournis au Canada par les gouvernements provinciaux en particulier. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements et n'avons pas encore fait tout le chemin qu'il aurait fallu pour pouvoir rassembler ces données administratives en des « parcours » de patients.

Le diagramme qui vous a été distribué illustre l'optique du cycle de la vie. Il est absolument essentiel de tenir compte de cycle de la vie pour comprendre la santé de la population et l'incidence des différentes interventions au fil du temps. Cela s'explique tout bonnement parce qu'un geste posé aujourd'hui peut ne pas transparaître avant des années, si on pense par exemple à l'activité physique ou au tabagisme. C'est bien connu que ces comportements ont des effets cumulatifs sur la santé ou que leurs effets prennent un certain temps avant de se manifester.

Une des autres percées importantes dont j'aimerais parler et qui se rapporte tout particulièrement à la question des disparités, c'est que nous avons réussi récemment à faire le lien entre le recensement de 1991 et les registres de décès, c'est-à-dire un suivi de la mortalité, si on veut, financé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Ces données nous offrent des possibilités sans précédent, et nous avons déjà commencé à analyser de manière beaucoup plus approfondie l'étendue et la nature des disparités relevées au pays.

Voilà pour les bonnes nouvelles. D'autre part, je voudrais aborder la question du futur. Je suis d'avis que notre système d'information sur la santé comporte encore des lacunes importantes. Dans mes temps libres, je m'adonne à la microscopy et je ne peux m'empêcher de faire une analogie. Si on pense à l'effet révolutionnaire qu'a eu l'invention du microscope sur nos perceptions du monde, on constate notamment que toute l'idée des microbes n'existe pas avant l'invention du microscope et avant que les gens ne puissent voir ces choses. On pourrait en dire autant de nos jours de l'astronomie, qui subit des changements au fur et à mesure que se développent de nouveaux télescopes. L'importance fondamentale que je cherche à mettre en lumière est celle des outils d'observation qui sont à notre disposition. Les outils d'observation dont nous disposons dans le domaine de la santé de la population sont encore à l'état naissant. Ils sont loin d'être assez solides, selon moi, pour réellement répondre aux besoins d'une politique rigoureuse et exhaustive. Je vous ferai part d'un exemple de l'exploitation récente de ces nouvelles données pour tenter de mieux comprendre les choses.

Inforoute a le potentiel d'apporter des contributions très importantes du point de vue du dossier de santé électronique. L'idée est de procéder à des observations condensées pour pouvoir ensuite tirer profit de l'expérimentation naturelle. Ce que j'essaie de dire, c'est qu'il est onéreux de procéder à des essais sur échantillons aléatoires et, de façon générale, ces essais ne sont pas possibles. Toutefois, en raison de la nature de la confédération, nous avons au Canada toutes sortes de politiques mises en œuvre dans différentes parties du pays, et celles-ci devraient pouvoir nous en apprendre.

One example of note is that there are a couple of researchers funded by the Canadian Institutes for Health Research, or CIHR — Lynn McIntyre and Valerie Tarasuk — who are looking at food insecurity across the country. One of the questions is what is the role of social assistance or EI in those kinds of things? We cannot do an experiment but we have got to the point, at least with the Canadian Community Health Survey and other data, that there is enough density of observation that one can begin to look at whether there are correlations between the prevalence of food insecurity — obviously an important part of population health — and different social programs, levels of generosity or whatever, across time and space in Canada.

I will close there to say that there is a kind of example or hint of where we ought to be going in the information world.

**The Chair:** Thank you very much, Michael. Mr. Berthelot has been waiting to speak.

**Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs, Canadian Institute for Health Information:** I want to build on Michael's introductory speech. It is important to acknowledge that when we work in partnership in Canada, we get great success. Canada Health Infoway is effectively having great success with implementing electronic health records and we should keep this in mind regarding the implementation of a proper information structure for population health.

You have the key partners around the table. You have the Canadian Urban Public Health Network, CIHI, Canada Health Infoway, Statistics Canada, Public Health Agency of Canada, Health Canada, and the municipalities. It is important to work together in partnership more. I know there is a question about changes in legislation, but it is important to have more partnership, and in finding out what is good in that for us as a nation. It is really the way to actively build the infrastructure. There is long experience in Canada of doing that.

The only thing that CIHI does is through partnership. We do not have any legislative mandate such as Statistics Canada does. Therefore we need to build systems that are meaningful and useful to the policy-makers, decision-makers and managers of the health care system and public health officials for population health intervention. I want to add on to Michael's comments that partnership is key here.

**The Chair:** There is a question in there about the Community Accounts, and our committee had the interesting experience of having a first-hand look at Community Accounts. It would be timely, though I do not want to direct the discussion too much, to ask Alton Hollett to talk about Community Accounts now because my simplistic surgical mind has come to the conclusion that here is a model that could be exploited, or at least similar models developed at the community level.

Je vais vous citer l'exemple intéressant de ces deux chercheurs financés par les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC — Lynn McIntyre et Valerie Tarasuk. Celles-ci font des recherches sur la question de l'insécurité alimentaire partout au pays. Elles cherchent notamment à déterminer le rôle joué à ce chapitre par l'aide sociale ou l'assurance-emploi. Nous ne pouvons soumettre ce genre de question à l'expérimentation, mais nous en sommes rendus au point où, du moins grâce à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et à d'autres données, l'observation est telle qu'il est maintenant possible de commencer à établir des corrélations entre la prévalence de l'insécurité alimentaire — qui représente bien entendu un aspect important de la santé de la population — et différents programmes sociaux, niveaux de générosité ou je ne sais quoi d'autre, dans le temps et dans l'espace au Canada.

Je m'arrêterai ici mais voilà un exemple qui illustre la voie que nous devrions emprunter en ce qui a trait à l'information à notre disposition.

**Le président :** Merci beaucoup, Michael. M. Berthelot aimerait dire quelque chose.

**Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé :** Je veux emboîter le pas à Michael. Il est important de reconnaître que nous réussissons à faire beaucoup de choses quand nous travaillons en partenariat au Canada. Inforoute Santé du Canada connaît actuellement un grand succès grâce à la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques, et nous devrions nous en inspirer pour ce qui est de la mise en œuvre d'une structure adéquate d'information en matière de santé de la population.

Tous les partenaires clés sont assis autour de la table. Vous avez le Réseau canadien pour la santé urbaine, le RCSU, Inforoute Santé du Canada, Statistique Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et les municipalités. Il est important d'étendre davantage les partenariats. Je sais qu'il a été question de modifier les lois, mais il est important d'avoir davantage de partenariats et de trouver des façons d'en faire profiter notre pays. C'est là la véritable façon d'élaborer activement l'infrastructure. Le Canada est fort de ce genre d'expérience.

Tout ce qui est entrepris par le RCSU se fait en partenariat. Aucun mandat ne nous est conféré par la loi, contrairement à Statistique Canada. Par conséquent, il nous faut établir des systèmes sensés et utiles dont se serviront les décideurs, les gestionnaires du système de soins de santé et les responsables de la santé publique en ce qui a trait aux interventions liées à la santé de la population.

**Le président :** Il y a dans la liste une question à propos des comptes communautaires, que les membres du comité ont eu l'occasion d'examiner directement, ce qui fut très intéressant. Il serait utile, bien que je ne veuille pas trop orienter la discussion, de demander à Alton Hollett de parler tout de suite des comptes communautaires, parce que mon esprit simpliste de chirurgien en est venu à la conclusion qu'il y a là un modèle à reproduire, du moins au niveau communautaire.

The reason I circulated this diagram to all of you is that I want your help. This is a work in progress; it changes every time it gets circulated. It does embrace two principles: that is the principle of horizontal integration of all the determinants of health as a platform, and the life course sitting on this platform. Eventually, as Mr. Wolfson just said, we will be in a position where we have longitudinal information. It will be great when that day comes. I do not know how far away it is, but it will be wonderful.

Having said that, I have already talked too much. Mr. Hollett, would you please enlighten us?

**Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch, Newfoundland and Labrador Department of Finance:** For such a group, that is an onerous request, Dr. Keon.

What I would say about our work — as I thought about what you are trying to achieve — is that where you go with a national system depends a lot on what you want to provide to people, to what extent you want to engage them, and what kind of questions you want to answer. That is where we began with the community accounts. It stemmed from a couple of things.

Some time ago, I worked with a colleague, Doug May — whom you may know — and we realized that in Newfoundland and Labrador what most people were interested in is information about their own communities. It is what they know best and what they are interested in. If you live in Fogo, you are not interested in what is happening in Port aux Basques, so tell us about Fogo. If you try to talk to our government about what is happening in the province as a whole, they are not interested. They want to hear about Fogo.

We recognized the significant scarcity of data there. There is a lot of data around — on the shelves, with statistics agencies of our own and Statistics Canada and elsewhere — but there was a huge gap in terms of getting it out.

In some sense, there are two orders of gaps right now. One is what is there, still kicking around our statistics agencies, which is not being shared. Also, as we refine our thinking around those things, we realize there are gaps there that must be addressed. They do not exist in techniques and methods to achieve that.

Where we began, moving on from a personal interest, as researchers we were drawn into what our province had as a strategic social plan where they wanted to do some lofty things. One of them was a social audit, and we got drawn into that. That was an interesting experience which is no longer being pursued. However, as part of what we did, we saw that there was a need for community-based data that would be useful to people. Our interpretation of what the strategic social plan needed was

Je vous ai distribué ce diagramme parce que je veux votre aide. Sa forme n'est pas encore définitive et change chaque fois que le document est distribué. Deux principes y sont illustrés : celui de l'intégration horizontale de tous les déterminants de la santé en tant que plate-forme, et celui du cycle de la vie qui repose sur cette plate-forme. Comme vient tout juste de le dire M. Wolfson, nous en viendrons un jour à disposer de renseignements « longitudinaux ». Je ne sais pas si ce jour est encore loin, mais c'en sera un merveilleux.

Cela étant dit, je me suis déjà trop étendu. Monsieur Hollett, pourriez-vous nous éclairer?

**Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique, ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :** Pour un groupe comme celui-ci, ce ne sera pas une mince affaire, docteur Keon.

Ce que je dirais à propos de notre travail — du point de vue de ce que vous tentez de réaliser —, c'est que la voie dans laquelle vous vous engagerez pour élaborer votre système national dépendra beaucoup de ce que vous souhaitez offrir aux gens, de la mesure dans laquelle vous souhaitez obtenir leur participation, des questions auxquelles vous voulez répondre. Voilà ce sur quoi nous nous sommes fondés pour les comptes communautaires; nous nous sommes inspirés de quelques petites choses.

Il y a quelque temps, j'ai travaillé avec un collègue, Doug May — que certains d'entre vous connaissent peut-être — et nous nous sommes rendu compte que dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui intéressait la plupart des gens, c'était d'obtenir de l'information à propos de leurs propres communautés. Voilà ce qu'ils connaissent le mieux et ce qui les intéresse. Si vous vivez à Fogo, vous n'êtes pas intéressé par ce qui se passe à Port aux Basques, mais bien par ce qui se passe à Fogo. Si vous tentez d'aborder les enjeux en présentant le portrait de la province dans son ensemble, rien ne va plus. Ces gens veulent entendre parler de Fogo.

Nous avons constaté la rareté des données du genre. Il existe à l'heure actuelle beaucoup de données — sur les tablettes, dans les agences de statistique provinciales, à Statistique Canada et ailleurs —, mais celles-ci ne sont souvent pas connues des autres ni diffusées.

D'une certaine façon, on peut dire que nous avons deux gros problèmes. Il y a d'abord les données existantes qui gisent du côté des agences de statistique et qui ne sont pas partagées. Ensuite, au fur et à mesure que mûrit notre réflexion, nous constatons d'autres lacunes qui doivent être comblées, en dépit des techniques et des méthodes existantes.

Laissant les intérêts personnels de côté, comme chercheurs, nous avons d'abord été attirés par le plan social stratégique de notre province, qui cherchait à accomplir des choses nobles. L'une d'elles était une vérification sociale, un concept attrayant. Ce fut une expérience intéressante qui a depuis été abandonnée. Toutefois, ce faisant, nous avons pu constater un besoin au niveau des données communautaires et l'utilité de ce type de données. Selon notre interprétation du plan social stratégique,

base-line data set. We saw a twofold purpose. You could put in place a base line data set that would have appeal to people in communities.

I am no expert on health, but I do have some degree of expertise in terms of sharing data with people in communities because we have had it out there now for a number of years. We know what it takes to do it. We know what it takes to maintain it. We know what it takes to have credibility in it. We know what it takes for that data to have value to people in communities. We also know how easy it is to go half a degree one way or the other and do something that can ruin the whole business so that people will no longer find it appealing.

A key thing that people here need to think about, and your committee, Dr. Keon, is the type of questions we want to answer. I do not mean specifically the data we want to have entered, but do we want to have something on diabetes and something on cancer, that sort of thing. That would be relevant.

We need to consider what sort of information we want to put out there, presuming that we want to be helpful, not only to people in laboratories, clinicians and people in statistics agencies but to people in communities where the real issues and health problems are. In many cases we also need an understanding as to the extent that we are not dealing with scientifically technical issues.

I sometimes tell the story about when you get a bunch of senior officials inside our bureaucracy working on an issue, and the premier says we must think about the integration of social and economic development, then there is a big discussion on what the hell that means. When will they ever stop talking about those silly ideas that nobody really understands?

Go into a community where the fishery has collapsed and families are breaking up, without enough income to fix the hole in the roof of the house, and someone down the street has a drinking problem, and so on. They have a clear understanding of what social and economic issues and integrating that means. What we tried to do there is to develop something that would be useful to people at the community level, but we still need the best standards that the resources we have available to us allow us to put out there. That is a fundamental issue for this group.

I have a couple of more things I would say. Sometimes we followed our instincts on things, and sometimes we found that those instincts are best not to be followed. At other times, we followed our instincts and were pleasantly surprised.

The Community Accounts was an example of one situation where we were pleasantly surprised. When Dr. May first developed the conceptual framework, he took a well-being approach. In many quarters, that would be seen as a

nous avons déterminé qu'il fallait un ensemble de données de référence, qui remplirait un double objectif, celui de créer un ensemble de données de référence dont pourraient se servir les gens au niveau communautaire.

Je ne suis pas un spécialiste de la santé, mais je possède une certaine expertise en ce qui a trait au partage de données au niveau communautaire, parce que nous le faisons déjà depuis un certain nombre d'années. Nous savons ce qu'il faut pour y parvenir. Nous savons ce qu'il faut pour en assurer le maintien. Nous savons ce qu'il faut pour établir une crédibilité à cet égard. Nous savons ce qu'il faut pour conférer une importance à ces données aux yeux des membres des communautés. Nous savons également à quel point il est facile de faire un pas de trop dans une direction ou une autre et risquer ainsi de tout gâcher, de perdre l'intérêt des gens.

Une des choses importantes sur lesquelles il faut s'arrêter — et ceci s'applique aux membres de votre comité également, docteur Keon —, ce sont les types de questions auxquelles on veut répondre. Je ne parle pas ici précisément des données qu'il convient de consigner; il s'agit plutôt de déterminer si on veut établir quelque chose sur le diabète et aussi sur le cancer, par exemple. Voilà ce qui serait utile.

Il nous faut examiner quels types de renseignements nous sommes prêts à partager, en partant du principe de leur utilité, tant du point de vue du personnel de laboratoire, des cliniciens et des statisticiens que pour des gens dans les communautés, où se vivent les vrais enjeux et les vrais problèmes de santé. Dans de nombreux cas, il nous faut également déterminer quelles sont les questions techniques d'ordre scientifique et quelles sont les autres.

Je cite souvent en exemple les situations où le premier ministre réunit des hauts responsables afin d'étudier une question et leur demande de réfléchir à l'intégration du développement social et économique, après quoi il s'ensuit une longue discussion où tous s'interrogent sur le sens véritable de cette notion. Quand cessera-t-on de soulever toutes ces notions absurdes que personne n'arrive réellement à comprendre?

Il suffit de se rendre dans une communauté où le secteur des pêches vient de s'effondrer et où les familles éclatent, notamment parce qu'il n'y a pas assez d'argent pour réparer le trou dans la toiture ou qu'un des leurs tente de noyer ses soucis dans l'alcool et ainsi de suite. Ces personnes comprennent clairement les enjeux sociaux et économiques et savent ce que signifie l'intégration. Donc ce que nous avons tenté de faire, c'est d'élaborer quelque chose d'utile au niveau communautaire, tout en établissant les meilleures normes possible compte tenu des ressources à notre disposition. Voilà un enjeu fondamental auquel doit s'attarder ce groupe.

J'aurais encore quelques petites choses à dire. Il nous est arrivé de suivre notre instinct. Nous avons appris que ce n'est pas toujours une bonne idée. Heureusement, nous avons parfois été agréablement surpris.

Par exemple, nous avons été agréablement surpris par les comptes communautaires. Lorsque le Dr May a d'abord élaboré le cadre conceptuel, il a fondé son approche sur le bien-être. Dans bien des milieux, on y verrait là un concept un peu trop axé sur

touchy-feely kind of a concept and an issue that some people would dismiss as being the soft stuff that professional economists and people who want to do something that they can get their teeth into should not be playing around with, but it seemed sensible to us because people in communities would be interested in education, health and in sustainability as it relates to demographics and who is working, and so on. We thought that was the way to go. We thought of it in terms of a framework whereby these things contribute to well-being, and provide indicators of well-being, and of course data around these various domains, and so on.

The key reason we pursued it at the time was not because of the academic underpinnings of it. It was because it seemed to be what people needed. When we tested it, it seemed to be what people really could identify with and found useful in their community.

We are overjoyed to be working recently with colleagues in Australia and the OECD. We are aware of the commission that President Sarkozy has set up. They have an eminent group — some of the best minds in the world — working and moving in the same direction in terms of getting beyond GDP and trying to talk about well-being from a perspective that takes in more information and aspects of life and society than just GDP. They are not dismissing it; they are trying to refine it and put it all in context.

Basically, that is the approach that we have taken. Initially, we started off talking about almost pieces that you would think of as core determinants of health. From there we brought in the production economy and began to show in our production accounts — which we have not released yet but will — where you look at the various elements of production processes, but then you relate that back to how individuals fit into that process.

The simple-minded gaps that we were sometimes seeing were that GDP was being dismissed as something that did not tell you anything, but not realizing that the man or the woman next door helps in that production process. There are feedback mechanisms such as income that workers receive that contributes to their well-being, so we brought that in. We have recently brought in the natural resources, built capital, knowledge capital, et cetera.

I will probably be judged as arrogant, but in our discussions, Dr. May and I have come to believe that in the Sarkozy work being done by these great minds, they are doing all the right things and going in the same direction as we are, but they have not brought it together in the way that we have. I am not saying that it is perfect, but I will say that it is a darned good piece for someone who knows what they are doing to pull apart.

We would argue that what we have there is very useful for a wide variety of purposes. I would argue that there are not too many people who come up with a concept they want to report on that does not, and cannot, fit into the framework that we developed.

l'émotion et une question que d'aucuns qualifiaient de frivole, bref une approche à laquelle les économistes professionnels et les personnes à la recherche de rigueur devaient renoncer. Toutefois, cette approche nous paraissait sensée parce que les gens dans les communautés s'intéressent aux liens entre l'éducation, la santé et l'environnement, par exemple, et la démographie, le marché du travail et ainsi de suite. Nous étions d'avis que c'était la voie à suivre. Nous avons imaginé le tout sous forme de cadre à l'intérieur duquel ces éléments contribuent tous au bien-être et en fournissent des indicateurs, auxquels s'ajoutent des données connexes et ainsi de suite.

Notre démarche n'avait pas de prétentions intellectuelles. Nous avons emprunté cette voie à l'époque parce que ce cadre semblait répondre à un besoin de la population. Lorsque nous l'avons mis à l'essai, les gens semblaient réellement pouvoir s'y reconnaître et s'en servir dans leurs communautés.

Nous nous réjouissons d'avoir commencé depuis peu à travailler avec des collègues de l'Australie et de l'OCDE. Nous nous intéressons à la commission créée par le président Sarkozy, qui a réuni un groupe de penseurs — certains des plus éminents cerveaux du monde — qui orientent leurs travaux de manière à voir au-delà du PIB et discutent du bien-être en tenant compte d'autres renseignements et caractéristiques vitales et sociétales qui s'ajoutent au PIB. Sans nier son importance, ils tentent d'en arriver à quelque chose de plus précis et de tout mettre en contexte.

Au fond, c'est l'approche que nous avons adoptée. Au départ, nous avons examiné ce qui semblait être les principaux déterminants de la santé. Ensuite, nous nous sommes penchés sur l'économie de production et avons entrepris de créer nos comptes de production — qui n'ont pas encore été rendus publics mais qui le seront —, dans lesquels on tient compte du rôle joué par les divers éléments des processus de production, en les rattachant ensuite à leur dimension humaine.

Nous avons parfois été confrontés à des raisonnements simplistes voulant que le PIB ne soit indicateur de rien, alors qu'il ne faut pas oublier que l'homme ou la femme à côté de vous participe à ce processus de production. Il existe des éléments d'information, comme le revenu gagné par les travailleurs, qui contribue au bien-être de ces personnes, alors nous les avons ajoutés. Nous avons récemment ajouté les ressources naturelles, le capital bâti, le capital de savoir et d'autres choses encore.

Je vais peut-être paraître arrogant, mais dans nos discussions, le Dr May et moi-même en sommes venus à croire que toutes ces têtes réunies à la demande du président Sarkozy font toutes les bonnes choses et se dirigent dans le même sens que nous, mais qu'elles ne sont pas encore parvenues à tout intégrer comme nous avons réussi à le faire. Je ne dis pas que notre modèle est parfait, mais je suis d'avis que c'est un modèle solide que même les spécialistes en la matière auraient du mal à attaquer.

Nous dirions que nous avons là un outil très utile à bien des égards. Je dirais que le cadre que nous avons établi permet de concilier presque toutes les dimensions imaginables, susceptibles d'intéresser les gens.

Why do I talk so much about frameworks? We learned this the hard way. You need to allow people the ability to query the data. If you write a macro on this thing, you get out some numbers; if you find the database and you have the time and patience and are not too old, you can scratch and crawl your way through it and find a number that is of some use today. That is okay for people in universities and people in my statistics agency; it is okay for Michael Wolfson if he has time before he leaves Statistics Canada — he spent his life at it — but for people in the community, that does not work.

Therefore, the approach that is implicit in what we did is that we wanted to present data in a manner that, first, reflected people's lives and, second, was intuitive for getting at that data. If someone wants to know about health, they do not need to be a clinician or researcher or have a degree in medical research; all they need to know is that they want something on health. If they hit that button, it begins to tell you things, but we used the academic constructs when we built the data in there. We drew upon proper ways in which professionals think about these various aspects and factors so as to answer the questions before they are asked by what we provide, and I think that makes it quite useful.

I make two summary comments on the Community Accounts. First, it works for us and we are happy with that. It is time-proven. It has been something that communities use and appreciate, and we are finding more and more that that is the case: everything from increasingly deeper entrenchment into bureaucratic processes, entrenchment into our medical schools, entrenchment into practitioners' actions — I am talking from the health perspective — but also developers, et cetera.

I do not know a lot of people around this table, but I know Dr. Neudorf has done very good work, and there are other people here whose work I am familiar with. You have done things your way. It is time to have a second look and see which way things are heading on an international basis. A lot of work is being done these days that will set the scene for the next 35 or 40 years. This committee needs to take a look at that second wind; it is not complicated or difficult to do. Then we decide what kind of questions we want answered; in other words, do we want to engage people in communities, and what are good ways to do that.

I have been invited to speak so many times about the Community Accounts now that, to be honest, I am getting tired of hearing the same questions about all the barriers — what are the right indicators, where would you get the data, how would you link the data. We need a vision as to what will be useful to people so we can create this medium of communication between the people with the issues to be solved and the people, such as

Vous vous demandez pourquoi je parle autant de cadres? Nous avons appris bien des choses à nos dépens. Il faut donner aux gens la capacité d'interroger les données. Si vous élaborez une macro, vous obtiendrez quelques chiffres; si vous trouvez la base de données et que vous avez du temps et de la patience et que vous êtes encore assez jeune, vous pouvez vous frayer un chemin à travers les données et en repérer un certain nombre qui se révéleront utiles. Tout cela est bien beau pour les universitaires et les statisticiens. Ce n'est pas un problème pour Michael Wolfson, s'il a encore le temps de le faire avant de quitter Statistique Canada — il y a consacré sa vie —, mais au niveau communautaire, ça ne fonctionne pas.

Par conséquent, la démarche sur laquelle repose le travail que nous avons accompli vise à présenter les données de manière à ce que, d'abord, elles rendent compte de la vie des gens et que, deuxièmement, on puisse y accéder de façon intuitive. Si vous voulez avoir de l'information sur la santé, vous n'avez pas besoin d'être clinicien ou chercheur ou d'avoir un diplôme en recherche médicale; tout ce que vous devez savoir, c'est que vous voulez trouver des données sur la santé. Si vous enfoncez ce bouton, vous commencez à obtenir de l'information. Mais nous nous sommes fondés sur des constructions théoriques pour y intégrer les données. Nous nous sommes inspirés de ce que les professionnels estiment être les façons appropriées de présenter ces divers aspects et facteurs pour que ce que nous offrons puisse répondre aux questions avant qu'elles ne soient posées. Et je pense que c'est très utile.

Je fais deux observations sommaires sur les comptes communautaires. Tout d'abord, ça fonctionne bien pour nous et nous en sommes contents. Ils sont reconnus depuis longtemps. Les collectivités les utilisent et les apprécient, et nous en avons de plus en plus la preuve. En effet, ils sont de mieux en mieux enracinés dans les processus bureaucratiques, dans les méthodes de nos écoles de médecine, dans les pratiques des spécialistes — je parle ici du point de vue de la santé — mais aussi chez les développeurs, entre autres.

Je connais peu de gens autour de cette table, mais je sais que le Dr Neudorf a fait du très bon travail, et j'ai une bonne connaissance de ce que d'autres personnes présentes aujourd'hui ont accompli. Vous avez fait les choses à votre façon. Mais il est temps de jeter un coup d'œil à ce qui se passe à l'échelle internationale. Beaucoup de ce qui se fait aujourd'hui ouvrira la voie à ce qui se fera au cours des 35 ou des 40 prochaines années. Le comité doit profiter de ce second souffle; ce n'est pas compliqué ni difficile à faire. Ensuite, nous déterminons le genre de questions auxquelles les données doivent répondre : en d'autres mots, voulons-nous solliciter la participation de la population dans les collectivités, et quelle est la meilleure façon de le faire?

J'ai été invité tellement souvent à parler des comptes communautaires que, pour être honnête avec vous, j'en ai assez d'entendre les mêmes questions sur tous les obstacles — quels sont les bons indicateurs? D'où proviendraient les données? Comment procéderiez-vous pour coupler les données? Nous devons avoir une certaine idée de ce qui serait utile pour la population, afin de pouvoir créer ce mode de communication entre les gens qui ont un

Statistics Canada or CIHI, trying to create the data and the people trying to figure out exactly what kind of things need to be looked at in all these various domains.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Hollett. You have covered the waterfront.

**Karen Dodds, Assistant Deputy Minister, Health Canada:** The first question asks about national population health indicators and health disparities. I have had the benefit of being at the World Health Assembly in Geneva with all the member countries of the World Health Organization, and it really hits home there that oftentimes we think of health as being critically important to people as individuals, but also, as we sit around this table, we recognize how important it is to a country. You might summarize some of our discussion about the socio-economic determinants of health as "wealth is health," but when you go to the WHA, there are people there, delegates from countries in Africa, who literally wear shirts printed with "health is wealth." It hits home how fortunate we are here.

I started my career as a research scientist in an area where I needed lots of data, and the value of data hit me at that time. You spend more usually in the collection of data than you do in the subsequent use, transposition, et cetera, of data. I have a policy that I repeat with people time after time: collect data once; use it many, many times. I think one of the things the committee can do, and Mr. Hollett has made this clear in his comments as well, is to be very clear that data must be used and must be available.

For health, when you look at your horizontal scheme, there is a wide variety of influences into health. We need data from a huge domain of areas. This committee can speak strongly about the need for data and the need for people to have access to that data, and for it to be used many times.

In Canada, on health disparities, the example that is most often raised to us or that most often comes to us, and at Health Canada the one we address most, is the health disparities between the Canadian population at large and the population of First Nations and Inuit people in Canada, and that is an important gap to address. However, as the Canadian population becomes increasingly diverse, we will need more data as well to identify health inequalities and health gaps that we do not presently know exist or on which do not have that same level of clarity.

There have been studies, and I think StatsCan has been involved in some of them, where if you correct for socio-economic status with First Nations and Inuit health, they have the same kind of health indicators as those outside the First Nations and

problème à régler, les gens, comme à Statistique Canada ou à l'Institut canadien d'information sur la santé, qui cherchent à créer les données et les gens qui essaient de déterminer exactement sur quels éléments il faut se pencher dans tous ces différents domaines.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Hollett. Vous avez fait le tour de la question.

**Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Santé Canada :** La première question porte sur les indicateurs nationaux de la santé des populations et les disparités en matière de santé. J'ai eu la chance d'assister à l'Assemblée mondiale de la santé à Genève à laquelle prenaient part tous les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé. Assis à cette table, on comprend bien une chose : nous pensons souvent que la santé revêt une importance cruciale pour les personnes, mais elle est tout aussi importante pour les pays. On pourrait résumer en partie notre discussion sur les déterminants socio-économiques de la santé en disant « la richesse, c'est la santé ». Or, il y a des gens à l'Assemblée mondiale de la santé, des représentants des pays africains, qui portent des chemises sur lesquelles on peut lire « la santé, c'est la richesse ». On se rend compte à quel point on est chanceux d'être ici.

J'ai commencé ma carrière comme chercheuse dans un domaine où j'avais besoin de beaucoup de données, et c'est là que j'ai compris l'importance des données. Habituellement, on dépense plus d'argent pour la collecte des données que pour l'utilisation qui en est faite par la suite, pour leur transposition, « et cetera ». J'ai une ligne de conduite que je répète sans cesse aux gens : il faut recueillir les données une fois, et les utiliser encore et encore. À mon avis, l'une des choses que le comité peut faire, comme M. Hollett l'a indiqué clairement dans son exposé, c'est de bien comprendre que les données doivent être utilisées et qu'elles doivent être disponibles.

Pour ce qui est de la santé, en regardant votre plan horizontal, on constate qu'un large éventail de facteurs influe sur la santé. Nous avons besoin de données provenant d'un grand nombre de domaines. Votre comité peut insister sur la nécessité d'avoir ces données et sur la nécessité pour les gens d'y avoir accès, et sur le fait qu'elles doivent être utilisées à maintes reprises.

En ce qui concerne les disparités en matière de santé au Canada, l'exemple qui est le plus souvent porté à notre attention ou que nous constatons le plus souvent, et que nous étudions le plus à Santé Canada, est celui des disparités entre la population canadienne en général et la population des Premières nations et des Inuits. C'est un écart important auquel il faut s'attaquer. Cependant, comme la population canadienne est de plus en plus diversifiée, il va nous falloir aussi plus de données pour repérer les inégalités et les écarts en santé dont nous ne soupçonnons pas encore l'existence ou à propos desquels nous n'avons pas autant de détails.

Selon des études réalisées, dont certaines ont bénéficié de la contribution de Statistique Canada, si on apporte une correction relativement à la situation socio-économique des Premières nations et des Inuits en ce qui touche la santé, on constate que

Inuit community with the same socio-economic status. In other words, there are health inequalities in Canada that do not come to our attention all the time.

It is an area, and I repeat what colleagues have already said, where we are making excellent progress. It was the first I had seen of the Community Accounts in Newfoundland, and I think it is an excellent example. Mr. Smith has already shared with me some of what he is doing in Manitoba with their health research data repository. At the federal and national level, people have talked about the fact that partnerships that we do have, such as CIHI, Infoway, the Public Health Agency, the Canadian Population Health Initiative, have worked on population health indicators and frameworks, but we are still missing much and there is much to do.

I will jump for a moment right to the bottom question — intervention and research. It did not take long on the job for me to say that this is an area that we are missing as an area of work — and I do not think it is just in Canada but around the world. I am not just talking about evaluating the outcomes of interventions. I am talking about actual research, comparing interventions as being something that is needed.

Also, with respect to children, this is often an issue when doing a census: how much data do you want on children? However, medically and scientifically we are learning so much more about things that impact children that have life-long effects that we need more data on children, recognizing how critically important that life stage is to the whole life course of us as individuals and of a population.

**The Chair:** Thank you, Ms. Dodds. Dr. Neudorf.

**Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Saskatoon Health Region:** I wanted to build on some of the comments from the Community Accounts question and Mr. Hollett's presentation.

Throughout the country there has certainly been a few places where some natural experiments are taking place with respect to responding to the needs of the various people who need this kind of access to broad-based data for population health analysis, decision-making, program and policy work. It would be interesting to get those few places together to be able to really look at what questions they were trying to answer, as Mr. Hollett has said, how the system has been set up in such a way as to answer those questions, what are the pros and cons and the lessons they have learned, to see if we can build a best-of-breed solution. That does not mean we have to necessarily have a single solution across Canada but, in learning from one another, hopefully these systems can talk to one another and we can build something better out of all of this.

ces populations ont les mêmes indicateurs de santé que la population non autochtone dont la situation socio-économique est la même. En d'autres mots, il y a des inégalités en santé au Canada qui nous échappent parfois.

Comme l'ont déjà dit mes collègues, c'est un domaine où nous faisons beaucoup de progrès. C'est la première fois que j'entends parler des comptes communautaires à Terre-Neuve, et je pense que c'est un excellent exemple. M. Smith m'a déjà parlé de ce qu'il fait au Manitoba avec le dépôt de données sur la santé de la population. Au niveau fédéral et national, on discute du fait que les partenariats que nous avons établis, comme avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Inforoute, l'Agence de la santé publique et l'Initiative sur la santé de la population canadienne, ont permis de travailler sur les cadres et les indicateurs de la santé des populations, mais il nous manque beaucoup d'éléments et il nous reste beaucoup à faire.

Je vais sauter à la dernière question — recherche sur les interventions. Une fois en poste, il ne m'a pas fallu longtemps pour constater que c'est un domaine de travail qui nous manque — et je pense que la situation est la même non seulement au Canada, mais partout dans le monde. Je ne fais pas seulement allusion à l'évaluation des résultats des interventions. Je parle de la recherche même, qui permet de comparer des interventions en les considérant comme un élément dont nous avons besoin.

Par ailleurs, en ce qui concerne les enfants, lorsqu'on fait un recensement, on s'interroge souvent sur la quantité de données qu'il faut recueillir. Cependant, sur les plans médical et scientifique, comme nous en savons tellement plus sur des éléments qui ont des répercussions sur toute la vie des enfants, nous devons disposer de plus de données sur les enfants, et reconnaître l'importance cruciale de cette étape de la vie dans le parcours de vie des personnes et d'une population.

**Le président :** Merci, madame Dodds. Docteur Neudorf.

**Dr Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef, Régie régionale de la santé de Saskatoon :** Je voulais compléter certains des commentaires qui ont été formulés à l'égard de la question sur les comptes communautaires et ce que M. Hollett a dit dans son exposé.

Il y a certainement quelques endroits au pays où l'on essaie tout naturellement de répondre aux besoins des gens qui doivent avoir accès à des données diversifiées pour faire des analyses sur la santé de la population, pour prendre des décisions et pour mener à bien leur travail dans le domaine des programmes et des politiques. Ce serait intéressant de rassembler des responsables de chacun de ces endroits pour pouvoir examiner en profondeur les questions auxquelles ils ont essayé de répondre, comme le disait M. Hollett, le genre de système qu'ils ont établi pour répondre à ces questions, les avantages et les inconvénients qu'ils ont observés ainsi que les leçons qu'ils ont tirées, pour voir s'il est possible de mettre en place la meilleure solution. Cela ne veut pas dire qu'il faudrait nécessairement avoir un système unique pour tout le Canada, mais, en apprenant les uns des autres, on peut espérer que les systèmes utilisés pourront se parler entre eux et que nous pourrons trouver une meilleure solution à partir de tout cela.

One of the things we found in our approach in Saskatoon is that we were getting requests from three different levels for this type of information. One such request was from the research community, which needs a very different type of access tool. Mr. Smith can speak to what Manitoba has done to focus on that niche.

We have been getting many requests from the community. The type of system that Newfoundland has pulled together with Community Accounts, which has an intuitive feel, is a great example of how to present data in a way that the public can understand.

We are also getting many requests from analysts, decision-makers and policy-makers within government and community agencies, and neither of those approaches seems to work well for them. A certain amount of pre-analyzed data is needed, but they also need to be able to do some queries, more like some of the portals that have been pulled together from CIHI and Statistics Canada.

We have been trying to come up with a tool that has different looks and feels and different levels of security depending on the type of person who accesses it. Some for the public will be open-source, and depending on the user name and password, there would be various levels of security.

We have found that much changes with your reference point. If you are within a small community, you want to see the data of that community. If you are in a larger city, you do not want to see information tracked by census or some amorphous geography that does not make sense to you. You want to see information for your natural neighbourhood, something you can identify with. If you are a decision-maker at an electoral level, you might want to see information by electoral ward.

We need to build a system that has flexible geography and allows you to roll up population health data at different levels and present it in a way that is meaningful to the person who needs to make a decision. That will take the data from being abstract to being useful for program and policy decisions as well as for the public to use in terms of advocacy.

We can learn from each of the approaches that have been taken at the federal, provincial and local levels to build a best-of-breed solution that has the various types of functionality needed to make those decisions and is scalable and affordable. It must have the appropriate levels of security, functionality for analysis and display, and the type of architecture needed to support these very disparate sources of data, from health through to social services and education, et cetera.

Dans le cadre de notre démarche à Saskatoon, ce type d'information faisait l'objet de demandes provenant de trois niveaux différents. Une de ces demandes provenait du milieu de la recherche, où l'on a besoin d'un type d'accès très différent. M. Smith pourra vous parler de ce que le Manitoba a fait à l'égard de ce créneau.

Nous avons reçu de nombreuses demandes de la collectivité. Le type de système que Terre-Neuve a créé au moyen des comptes communautaires, qui est fondé sur l'intuition, est un excellent exemple de ce qu'on peut faire pour présenter les données de manière à ce qu'elles soient faciles à comprendre pour la population.

Nous recevons aussi un grand nombre de demandes provenant d'analystes, de décideurs et de législateurs du gouvernement et d'organismes communautaires, et aucune de ces méthodes ne semble leur convenir. Ils ont besoin d'une certaine quantité de données déjà analysées, mais ils doivent aussi être en mesure de faire certaines recherches, un peu comme les possibilités qu'offrent les portails qu'ont créés l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada.

Nous essayons de mettre au point un outil offrant différents niveaux pour ce qui est de l'aspect et de la convivialité et différents niveaux de sécurité selon le type de personne qui l'utilise. Certaines données destinées à la population seront de source ouverte, et il y aurait divers niveaux de sécurité selon le nom d'utilisateur et le mot de passe entrés.

Nous avons constaté que les données recherchées différaient beaucoup selon le point de référence de l'utilisateur. Si vous faites partie d'une petite collectivité, vous voulez voir des données qui concernent cette collectivité. Si vous habitez dans une grande ville, l'information recueillie au moyen d'un recensement sur une région indéterminée quelconque ne vous intéresse pas puisqu'elle n'a aucun sens pour vous. Vous voulez voir de l'information sur votre voisinage naturel, à laquelle vous pouvez vous identifier. Si vous êtes décideur à un niveau électoral, il se pourrait que vous vouliez consulter l'information par circonscription.

Nous devons créer un système qui soit flexible sur le plan géographique et qui permette de faire la synthèse des données relatives à la santé des populations à différents niveaux et de les présenter de manière à ce qu'elles soient intéressantes pour les personnes qui doivent prendre des décisions. Ainsi, les données abstraites deviendront utiles pour la prise de décisions en matière de programmes et de politiques ainsi que pour la défense d'une cause par la population.

Nous pouvons apprendre de ce qui a été fait aux échelons fédéral, provincial et local afin de créer le meilleur système possible, un système qui présente les divers types de fonctionnalité voulus pour prendre ces décisions et qui est évolutif et abordable. Ce système doit avoir un niveau de sécurité approprié, le niveau de fonctionnalité nécessaire pour l'analyse et l'affichage et le type d'architecture voulu pour supporter toutes ces données tirées de domaines très différents, c'est-à-dire la santé, les services sociaux, l'éducation, et cetera.

I think the time is right for this, because there are good examples at various levels. We have had enough experience with implementation that I think we can learn from it and build something better.

**The Chair:** Thank you.

**Mr. Berthelot:** I want to follow up on the comment that health is wealth, and talk about the challenges in developing a framework with getting information at different levels. Problems were raised about linkages, providing proper estimates and ensuring that we get the data in.

We need to acknowledge that health is wealth, but health information is public good. We often talk about ensuring that we protect the privacy of citizens, which is critical; we must. However, we must find a good balance between protecting the information of individuals and allowing the use of information on a population group to inform our policies and strategies.

We must acknowledge that health information — and I say “information” because it is beyond health, it is social services and unemployment information — is a public good. I know that some privacy commissioners across the country try to strike a balance between privacy and public good, but I do not think we are going far enough. We must use all the information we collect on citizens in order to learn about the society: where we are, where we are going, how we are doing, how we compare across the country and how we compare with other countries. That is critical in terms of effectively facilitating the collection of that information.

I fully support Mr. Hollett's assertion that we need to start with a framework. We should not conduct a fishing expedition or do data mining. We should not simply get data and try to find something in it. We should start with a conceptual framework. The one that was described here about the lifetime trajectory is a start. Having a framework is key to identifying how the different sources of information are linked, how they can inform the discussion and how they can be used at different levels.

I would like to move on to the different levels of information. We need to acknowledge that local-level data is not the same as regional-level data with regard to health. Health authorities have specific needs that may go beyond what is needed by a community or at the provincial level. In order to do that, the conceptual framework should not be only at one level; it should try to acknowledge the relationship between those different levels. In large cities, you need to know what is happening in different neighbourhoods. It is very important to acknowledge that.

Je pense que c'est le bon moment pour le faire, parce que nous disposons de bons exemples à différents niveaux. Notre expérience de la mise en œuvre est suffisante, et je pense que nous pouvons en tirer des enseignements qui nous permettront de créer quelque chose de mieux.

**Le président :** Merci.

**M. Berthelot :** Je veux revenir sur le commentaire formulé selon lequel la santé, c'est la richesse, et parler des difficultés que représente l'élaboration d'un cadre fondé sur de l'information provenant de différents niveaux. Des problèmes ont été soulevés relativement au couplage, à la production d'estimations exactes et à l'assurance que les données voulues soient introduites dans le système.

Nous devons reconnaître que la santé, c'est la richesse, mais l'information sur la santé est un bien collectif. Nous parlons souvent de protéger la vie privée des citoyens, ce qui est essentiel; nous devons le faire. Nous devons toutefois trouver un juste équilibre entre la protection des renseignements personnels et le fait d'utiliser l'information concernant un groupe de la population pour éclairer l'élaboration de nos politiques et de nos stratégies.

Nous devons reconnaître que l'information sur la santé — et je dis « information » parce qu'il s'agit non seulement de la santé mais aussi des services sociaux et du chômage — est un bien collectif. Je sais que certains commissaires à la vie privée un peu partout au pays essaient d'établir un équilibre entre le respect de la vie privée et le bien collectif, mais je ne pense pas que nous allons assez loin. Nous devons utiliser tous les renseignements que nous recueillons à propos des citoyens pour en apprendre davantage sur la société : où nous en sommes, quelle direction nous prenons, comment nous nous tisons d'affaire, où nous nous situons par rapport au reste du pays et par rapport aux autres pays. Cet exercice est essentiel pour faciliter la collecte de cette information.

Je souscris totalement à l'affirmation de M. Hollett selon laquelle nous devons commencer par l'établissement d'un cadre. Nous ne devrions pas partir à la pêche aux données ou faire du forage de données. Nous ne devrions pas simplement obtenir des données et essayer d'y trouver une signification. Nous devrions tout d'abord établir un cadre conceptuel. Celui qui nous a été présenté aujourd'hui sur les stades du cycle de la vie est un début. Il faut absolument établir un cadre pour pouvoir déterminer comment les différentes sources d'information sont reliées, comment elles peuvent éclairer la discussion et comment elles peuvent être utilisées à différents niveaux.

J'aimerais parler des différents niveaux d'information. Il faut reconnaître que les données locales diffèrent des données régionales en ce qui concerne la santé. Les autorités sanitaires ont des besoins particuliers qui peuvent dépasser ceux d'une collectivité ou d'une organisation au niveau provincial. Dans cette optique, le cadre conceptuel ne devrait pas se situer à un seul niveau; il devrait reconnaître le rapport entre ces différents niveaux. Il est très important de tenir compte du fait que, dans les grandes villes, vous devez savoir ce qui se passe dans les différents quartiers.

When we have that conceptual framework acknowledging the different levels at which information can be used, it will be informative regarding what type of information we need and how we collect it. For example, doing a longitudinal survey at the community level is probably not meaningful. Longitudinal surveys are normally used to understand phenomena that are a bit more general. If you want to understand the factors of proper development in children, those factors probably have some common determinants across the country. A longitudinal study, which Statistics Canada has, to try to understand those factors, is key. However, I do not think you would be able to support it financially, in the collection of information or even by sample size at the community level.

Having a good framework allows you to identify the type of information you need at each level. Cross-sectional surveys and administration data are great. Administrative data includes everyone who has access to a service. They are great to effectively provide information at the community level. You can go to a very small geography. However, again, you must link that to your framework.

Building on what Dr. Neudorf and Mr. Hollett have said, the data must be strategically produced in ready-to-use form. It is great to have research data bases, but when a policy maker or decision maker has a question, they need the answer, not in three months or three years when the paper is published but in three hours or days.

We must be strategic. That is why the framework is very important with regard to the questions you are trying to address. Once you have those questions, you can build a framework, collect data and build tools in partnership with the different stakeholders. Those tools will evolve over time; you will not get it right the first time, but you are trying to provide ready-to-use information.

Some work has been done. With the StatsCan-CIHI health indicators framework we jointly produced a lot of information at the health regions conference. We need to build on that.

We need more consensus about what information we need to collect and what information we need to inform decisions at the city level, the health region level, the provincial level and the pan-Canadian level. It is key to develop the proper information system.

Different actors around this table could play roles in different areas — CIHI, StatsCan and the Public Health Agency. Health Infoway will play key roles when EMR is implemented in physicians' offices to understand what is happening in primary

Le cadre conceptuel qu'on aura établi tiendra compte des différents niveaux auxquels l'information peut être utilisée, et il sera instructif quant au type d'information dont nous avons besoin et à la façon de la recueillir. Par exemple, il ne serait probablement pas très utile de faire une enquête longitudinale au niveau de la collectivité. Les enquêtes longitudinales permettent normalement de comprendre des phénomènes qui sont de nature un peu plus générale. Si vous voulez comprendre les facteurs qui influencent le développement des enfants, ces facteurs ont probablement certains déterminants communs dans l'ensemble du pays. Il est essentiel de procéder à une étude longitudinale, ce que Statistique Canada a fait, pour essayer de comprendre ces facteurs. Cependant, je ne pense pas que vous seriez en mesure de financer la collecte d'information dans le cadre d'une telle étude, même si la taille des échantillons est établie au niveau de la collectivité.

Un cadre bien conçu vous permet de déterminer le type d'information dont vous avez besoin à chaque niveau. Les enquêtes ponctuelles et les données d'administration sont géniales. Les données d'administration englobent tout le monde qui a accès à un service. Elles permettent en fait d'obtenir de l'information au niveau de la collectivité. Grâce à ces données, il est possible de s'intéresser à une région géographique très petite. Toutefois, encore là, vous devez relier vos données à votre cadre.

Pour faire suite aux propos du Dr Neudorf et de M. Hollett, les données doivent être produites de façon stratégique dans un format clés en mains. C'est génial d'avoir des bases de données de recherche, mais lorsqu'un législateur ou un décideur a une question, il a besoin d'une réponse dans trois heures ou dans trois jours, pas dans trois mois ou dans trois ans, une fois que l'article est publié.

Nous devons agir de façon stratégique. D'où l'importance du cadre au regard des questions auxquelles vous essayez de répondre. Dès que vous avez ces questions, vous pouvez établir un cadre, recueillir des données et créer des outils en partenariat avec les différents intervenants. Ces outils évolueront avec le temps; vous ne réussirez pas du premier coup, mais vous essayez de fournir de l'information clés en mains.

Une partie du travail est terminée. Grâce au cadre d'indicateurs de la santé élaboré par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, nous avons produit conjointement beaucoup d'information à la conférence des régions sanitaires. Nous devons mettre à profit ce travail.

Nous devons parvenir à un meilleur consensus pour ce qui est de l'information qu'il faut recueillir et de l'information dont nous avons besoin pour éclairer les décisions au niveau municipal, au niveau des régions sanitaires, au niveau provincial et au niveau pancanadien. Cette étape est essentielle pour élaborer le bon système d'information.

Certains intervenants représentés à cette table pourraient jouer un rôle dans différents domaines — l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique. L'Inforoute Santé jouera un rôle de premier plan

health care. They can work together to identify, based on a specific framework, some standards in terms of the content of the information that we need to collect.

There is also a need to synthesize information about evidence. For example, CPHI has produced many synthesis documents in the past. What do we know about body mass index in the country? Does body mass index vary by province? What is the impact on children? Do we know if there is any intervention? Intervention and research is one thing, but summarizing the knowledge of intervention is another. Do we know which interventions work? As part of the framework, a knowledge synthesis component also needs to be developed.

I spoke about the level at which data need to be collected. We must ensure that the framework should not just be an information structure; it should be collecting information for action, so that the information that is being produced is actionable at the appropriate level.

**The Chair:** Thank you. I will ask Mr. Smith to speak next, because I want to get his response to Dr. Neudorf.

**Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba:** Thank you very much. It is a pleasure to be here.

I want to highlight the fact that in Canada we are very good at collecting lots of detailed information about what services we provide to our citizens and what contacts they have with the health care system, the social assistance system, education and so on. However, we have not done a very good job at collecting that information and exploiting it to produce the information for the people evaluating and making decisions on policy and programs.

In the area in which I work, which is building the data repositories, one of the lessons we have learned is that building the relationships with government in order to build that capacity takes a long time.

Through a conversation I had with Dr. Taylor this morning, I was reminded that a decade ago, all the provincial governments had the capacity to measure chronic diseases and report on them at the provincial level. However, it took leadership from Health Canada to say that we need to build that capacity, not only within the provinces but across the country, for example with the development of the National Diabetes Surveillance System, which was just one chronic disease. That work has been ongoing for a decade, just to develop that system.

We are at the point now where we can exploit the capacity to measure all chronic diseases. We are in the process, in collaboration with the Public Health Agency of Canada, of doing that. This has meant developing a lot of infrastructure and

lorsque le dossier médical électronique sera mis en oeuvre dans les bureaux de médecins et nous permettra de comprendre ce qui se passe dans le domaine des soins de santé primaires. Ils peuvent travailler ensemble pour établir certaines normes, en fonction d'un cadre précis, en ce qui concerne le contenu de l'information que nous devons recueillir.

Nous devons aussi faire la synthèse des données recueillies. Par exemple, de nombreux documents de synthèse ont été produits par le passé dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Que savons-nous de l'indice de masse corporelle au Canada? Est-ce que l'indice de masse corporelle varie d'une province à l'autre? Quelles en sont les conséquences pour les enfants? Savons-nous s'il y a des interventions? L'intervention et la recherche, c'est une chose, mais c'en est une autre de résumer les connaissances que nous avons de l'intervention. Savons-nous quelles interventions fonctionnent? Le cadre doit aussi comprendre un volet portant sur la synthèse des connaissances.

J'ai parlé du niveau auquel les données doivent être recueillies. Nous devons veiller à ce que le cadre ne soit pas simplement une structure d'information; il doit permettre de recueillir de l'information qu'il est possible de transformer en mesures concrètes au niveau approprié.

**Le président :** Merci. Je donne maintenant la parole à M. Smith, pour qu'il réponde à la question du Dr Neudorf.

**Mark Smith, directeur associé, Centre manitobain de la politique de santé (répertoire), Université du Manitoba :** Merci beaucoup. Je suis heureux d'être ici.

J'aimerais souligner le fait que, au Canada, nous excellons dans la collecte d'une grande quantité de renseignements détaillés sur les services que nous offrons à nos citoyens et sur les rapports qu'ils ont avec le système de soins de santé, le système d'aide sociale, le système d'éducation et ainsi de suite. Nous ne réussissons toutefois pas très bien à utiliser les renseignements recueillis pour produire de l'information à l'intention des gens qui évaluent les politiques et les programmes et qui prennent des décisions à cet égard.

Dans mon domaine de travail, c'est-à-dire la création de dépôts de données, nous avons compris qu'il faut investir beaucoup de temps pour établir des relations avec le gouvernement en vue d'accroître cette capacité.

Le Dr Taylor m'a rappelé ce matin que, il y a une dizaine d'années, tous les gouvernements provinciaux étaient capables de mesurer les maladies chroniques et d'en faire rapport au niveau provincial. Or, il a fallu que Santé Canada prenne les choses en mains et dise que nous devions accroître cette capacité, non seulement au sein des provinces mais dans tout le pays, par exemple en créant le Système national de surveillance du diabète, qui ne touchait qu'une seule maladie chronique. On travaille depuis 10 ans à l'élaboration de ce système uniquement.

On en est au point où on peut étendre la capacité à toutes les maladies chroniques. C'est ce que nous sommes en train de faire, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada. Ainsi, une grande infrastructure a été mise en place et des

relationships between many groups, and primarily between the academic community and government. The capacity to do this within governments is not there. Governments need to look outside and develop those trust relationships with academic groups. That is just in the health domain. However, we are talking about the disparities of health and we need to look across many governmental departments, such as social services, education and justice. We need to build the infrastructure in order to collect data from multiple governments, and we need to start to link the infrastructure together in various ways.

This is an ongoing process in Canada right now. The process is happening at ICES, the Institute for Clinical and Evaluative Sciences, in Toronto; at the Manitoba Centre for Health Policy; and at the newly rebranded Population Data BC initiative. This is a behind-the-scenes, below-the-radar development of which we are starting to be able to take advantage through measures like Community Accounts, where the information can be analyzed and reported. As Mr. Hollett pointed out, we have the right methodologies developed to do this, and it is the development of the methodologies that is important.

While we are focused on how to build this health information infrastructure in Canada to look at social determinants, we should pay attention to how well we support those initiatives at the provincial level to bring the data together for academics and researchers so that they can develop the methodologies for people in government, policy-making and decision support to exploit.

I would like to briefly comment on the electronic medical record. I do not disagree with any of Mr. Sheridan's comments, but I wanted to throw out a cautionary word. We have been working with the routinely collected information in this country — I will call it contact information — for probably two decades now, and we are just beginning to really understand what the information means and how to interpret it. The electronic health record is a brand new baby, so to speak; it is not even born, basically. We do not know how long it will take us to be able to understand what the data is telling us, and to develop the appropriate methodologies to inform policy-makers and decision-makers. I think that journey in itself will take us another two decades. We should start with the resources we have today and we should evolve to incorporate these new information resources as they come on stream. We need to have that basic capacity in this country, within provinces and nationally.

What could result from a group such as this is to provide some leadership around the development and also the coordination of these issues. Right now, the issues are siloed. Most of the provinces that have this capacity operate within the province itself and not cross-jurisdictionally across provinces, yet there is much we could learn from collaborating with one another and with national organizations such as Statistics Canada and CIHI, and through the dissemination mechanisms that Dr. Neudorf and

relations ont été établies entre un grand nombre de groupes, principalement entre le milieu universitaire et le gouvernement. Les gouvernements n'ont pas la capacité nécessaire pour s'acquitter de cette tâche. Ils doivent se tourner vers l'extérieur et renforcer leurs relations de confiance avec les groupes universitaires. Cela ne concerne que le domaine de la santé. Or, on parle des disparités en santé et il faut inclure un grand nombre de ministères, comme les services sociaux, l'éducation et la justice. Il faut bâtir une infrastructure qui permettra de recueillir des données provenant de plusieurs gouvernements et commencer à relier les systèmes entre eux de diverses façons.

Ce processus est actuellement en cours au Canada, par l'entremise de l'IRSS, l'Institut de recherche en services de santé, à Toronto, du Manitoba Centre for Health Policy et de l'initiative de la Colombie-Britannique sur les données démographiques, que l'on a rebaptisée dernièrement. C'est un travail d'élaboration qui se déroule en coulisse et dont nous commençons à pouvoir tirer parti grâce à des mesures comme les comptes communautaires, où l'information peut être analysée et faire l'objet de rapport. Comme l'a souligné M. Hollett, nous avons mis au point les bonnes méthodologies pour le faire, et c'est ce qui est important.

Pendant que nous cherchons un moyen de bâtir cette infrastructure de l'information sur la santé au Canada pour examiner les déterminants sociaux, nous devrions prêter une attention particulière à la façon dont nous soutenons les initiatives provinciales qui visent à rassembler les données pour permettre aux universitaires et aux chercheurs de mettre au point des méthodologies que les gouvernements, les législateurs et les décideurs pourront utiliser.

J'aimerais parler brièvement du dossier médical électronique. M. Sheridan n'a pas tort, mais j'aimerais faire une mise en garde. Au Canada, cela fait probablement deux décennies maintenant que nous travaillons avec de l'information recueillie de façon courante — je parlerais ici d'information de base —, et nous commençons tout juste à vraiment comprendre ce que cette information signifie et comment l'interpréter. Le dossier médical électronique est un tout nouveau bébé, si je puis dire. En fait, il n'est même pas encore né. On ne sait pas encore combien de temps il nous faudra pour comprendre ce que les données nous disent, et pour élaborer les méthodologies voulues afin d'éclairer le travail des législateurs et des décideurs. Je pense que cette aventure va nous prendre encore deux décennies. Nous devrions commencer avec les ressources que nous avons aujourd'hui et continuer en incorporant les nouvelles sources d'information à mesure qu'elles se présenteront. Notre pays doit disposer de cette capacité de base, dans les provinces et à l'échelle nationale.

Le travail d'un groupe comme celui-ci pourrait permettre d'assurer un certain leadership pour ce qui est du développement et de la coordination. À l'heure actuelle, on traite ces questions de façon isolée. La plupart des provinces qui ont cette capacité travaillent seules et ne collaborent pas avec d'autres administrations provinciales. Toutefois, nous avons beaucoup à apprendre de la collaboration, les uns avec les autres et avec des organisations nationales comme Statistique Canada et l'Institut

government comes out with a new approach for population health and the provinces do not buy into it, while the communities that have the problems are in the provinces.

**Senator Callbeck:** Mr. Sheridan, you talked about the electronic health records, the progress that we are making, and the fact that the first ministers, as you say, unanimously agreed to work together to develop this system.

Mark Smith has mentioned the word "silos" in that we have a lot of silos. Where do we stand with this system? Later on in your remarks, you said there was a high priority on a common system, but where are we with that?

**Mr. Sheridan:** That is a good question. The platform for making these things work is ostensibly a systems architecture that took us two years to develop. In the development of that architecture, we said that there must be a specific set of standards and a specific way to hold data in the information systems. There must be a specific set of standards for how that data is stored and transmitted. It took us a long time to come to a consensus on the way that system architecture should look, and on the capacity and the time for people to implement it in their jurisdiction. We do have a consensus on the architecture and the standards, and those systems and architecture are being used to implement the electronic record systems now being put in place in the provinces.

incohérents. Et à cause de cela, il pourrait arriver que le gouvernement fédéral propose une nouvelle approche en matière de santé des populations et que les provinces n'y adhèrent pas, alors que les communautés qui ont des problèmes sont situées dans les provinces.

**Le sénateur Callbeck :** Monsieur Sheridan, vous avez parlé des dossiers de santé électroniques, des progrès que nous faisons et du fait que les premiers ministres ont tous, selon vos dires, convenu d'élaborer ce système de concert.

Mark Smith a mentionné l'expression « de façon isolée », en ce sens qu'il y a beaucoup de cloisonnements. Où en sommes-nous avec ce système? Ensuite, dans vos observations, vous avez dit que l'instauration d'un système commun était une importante priorité. Où en sommes-nous sur ce point?

**M. Sheridan :** C'est une bonne question. La réussite repose manifestement sur une architecture de systèmes que nous avons mis deux ans à concevoir. Pendant que nous l'élaborions, nous nous sommes dit qu'il devait y avoir un ensemble précis de normes et une procédure établie pour la conservation des données dans les systèmes d'information, et qu'il devait y avoir des normes précises concernant le stockage et la transmission de ces données. Il nous a fallu beaucoup de temps pour nous entendre sur la structure de l'architecture des systèmes, la capacité et le temps dont les gens auront besoin pour la mettre en place au sein de leur administration. Nous en sommes bel et bien arrivés à un consensus au sujet de l'architecture et des normes, et les systèmes et l'architecture servent à mettre en place les systèmes de dossiers électroniques qui sont actuellement mis en œuvre dans les provinces.

Je m'interroge sur la remarque de M. Smith voulant qu'il nous faudra deux décennies pour maximiser l'utilité de l'information pour ce qui est des politiques, de la recherche, de l'analyse, « et cetera », une fois que nous aurons recueilli les données en question et qu'elles seront utilisées à des fins cliniques. J'espère que nous arriverons à faire mieux que ça. Et j'espère que cette initiative nous donnera l'occasion... je ne dis pas que tout sera fait en deux ou en trois ans, mais, vu mon train de vie actuel, je ne serai pas là pour en voir le dénouement, donc je travaille fort pour que cette initiative donne les meilleurs résultats possible à court terme.

À ce stade-ci, nous nous sommes entendus sur la configuration des données et la forme que devraient prendre les normes. En fait, ces systèmes sont actuellement mis en œuvre. Ils ne sont pas tous identiques. Certains ont reconnu qu'il existe des différences au sein du système de soins de santé, mais les fondements, c'est-à-dire l'architecture, sont maintenant établis.

**Le sénateur Callbeck :** Pourquoi ne peuvent-ils pas être identiques? Je ne comprends pas.

**M. Sheridan :** La capacité d'aller de l'avant des différentes administrations n'est pas la même; compte tenu de ce qui est en place à l'heure actuelle pour chacune d'elles, des différences fondamentales les séparent. Nous en sommes conscients. Diverses approches ont été explorées.

I am concerned about Mr. Smith's comment that it will take us two decades, once we have that data and they are being used in a clinical sense, to optimize the utility of the information for policy, for research, for analysis, et cetera. I am hoping we can do better than that. I am hoping this initiative will give us the opportunity, and I am not saying it will be two or three years, but when you live the kind of lifestyle I have, I will not be around to see that, so I am working hard to make sure that these initiatives are optimized in the shorter term.

With respect to where we are, we have a consensus on what the data and standards should look like, and in fact these systems are now being implemented. They are not all identical. There has been some recognition that there are differences across the health care system but that fundamental piece, the architecture, is now in place.

**Senator Callbeck:** Why can they not be identical? I do not understand that.

**Mr. Sheridan:** There are some fundamental divisions in each of the jurisdictions' capacity to move forward, given what they have in place now. We recognize that. There have been a number of different approaches.

The United Kingdom used a complete rip and replace approach. They funded over \$60 billion worth of replacements of systems within the U.K. so that everything was ostensibly one-size-fits-all. We recognize that that probably would not work, and we have taken the approach that, where we can, we will retrofit systems, ensure those systems eventually meet the standards and work within the architecture.

**Senator Callbeck:** They will meet the standards but will not be identical. Are you saying that we will never have identical systems?

**Mr. Sheridan:** When you say "identical," no, we will never have completely identical systems in each jurisdiction. We will have a common set of architectures where diagnostic imaging repositories, drug systems and lab systems will be able to hold and share information. In each of those jurisdictions the repositories for those important pieces of information will in fact exist. They will be interoperable and reflect a common view and approach to it but will not be necessarily identical in each jurisdiction.

**The Chair:** We only have seven minutes left in this session, so we will get as many speakers in as we can and get on to privacy a bit later. Ms. Burton, you are next.

**Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development, Agriculture and Agri-food Canada:** Speaking from the Rural Secretariat, we do not deal with health data in the depth or breadth that the rest of the people around this table do, but I am hoping that our experience may be of some utility to you. In particular, I will connect with some of the comments made by Mr. Hollett and Mr. Neudorf.

Although the Rural Secretariat is located within the Department of Agriculture and Agri-food Canada, I often say that is the function of an accident of birth. We had to be placed somewhere but we are what is called a "horizontal file" and, as such, we interact with departments across the federal system and also work with our colleagues at a provincial level.

I will be speaking briefly about our community information database. For us, the pivot point or nexus is the economic and social well-being of communities and the individuals, as referenced by Mr. Hollett. A healthy community means that there are economic opportunities, economic services, recreational opportunities, health care, education services, and so on. As such, it breaks down the silos in terms of understanding community well-being.

I have often said that data is not information, information is not knowledge, and knowledge is not wisdom. However, data is the first step on the route to wisdom, and wisdom is what we are called to as decision-makers within government and within communities themselves.

Le Royaume-Uni, quant à lui, a privilégié une approche de remplacement intégral. Le pays a investi plus de 60 milliards de dollars pour remplacer ses systèmes et les uniformiser. Nous sommes conscients que cette approche ne fonctionnerait probablement pas. C'est pourquoi nous avons opté pour une approche selon laquelle, lorsqu'il est possible de le faire, nous mettons les systèmes à niveau, nous veillerons à ce qu'ils respectent les normes et s'intègrent à l'architecture.

**Le sénateur Callbeck :** Ils respecteront les normes, mais ne seront pas identiques. Dites-vous que nous n'aurons jamais des systèmes identiques?

**M. Sheridan :** Non, les administrations n'auront jamais des systèmes parfaitement identiques. Nous aurons un ensemble commun d'architectures dont les dépôts d'images diagnostiques, les systèmes de médicaments et les systèmes de laboratoire nous permettront de conserver et d'échanger des renseignements. Dans chacune de ces administrations, il y aura des dépôts où nous pourrons conserver ces renseignements importants. Ces dépôts seront interopérables et refléteront une vision et une approche communes, mais ils ne seront pas nécessairement identiques dans chaque administration.

**Le président :** Il ne reste que sept minutes à cette série de questions. Nous essaierons donc de donner la parole au plus grand nombre possible d'intervenants et nous passerons un peu plus tard à la question de la protection des renseignements personnels. Madame Burton, c'est à votre tour.

**Christine Burton, directrice, Développement stratégique et politique rurale, Agriculture et Agroalimentaire Canada :** Au Secrétariat rural, nous ne traitons pas autant de données sur la santé que les personnes assises autour de cette table et nous ne les examinons pas de façon aussi approfondie qu'eux, mais j'espère que notre expérience leur sera utile. En fait, je me reporterai à certains commentaires que M. Hollett et M. Neudorf ont faits.

Le Secrétariat rural fait partie du ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire, mais je dis souvent que cela est attribuable à un accident de parcours. Nous devions être intégrés ailleurs, mais nous sommes responsables de ce qu'on appelle un « dossier horizontal » et, de ce fait, nous sommes en contact avec des ministères fédéraux et avec nos collègues des gouvernements provinciaux.

Je parlerai aussi brièvement de notre base de données sur les collectivités. Comme l'a mentionné M. Hollett, le bien-être social et économique des collectivités et des particuliers est notre pivot. Dans une collectivité saine, il y a des débouchés économiques, des services économiques, des activités récréatives, des soins de santé, des services d'éducation, « et cetera », ce qui contribue à éliminer les cloisonnements qui nuisent à la compréhension du bien-être des collectivités.

Je dis souvent que donnée n'équivaut pas à information, qu'information n'équivaut pas à savoir et que savoir n'équivaut pas à sagesse. Toutefois, l'acquisition de données est le premier pas vers la sagesse, et c'est à cette faculté que doivent faire appel les décideurs du gouvernement et des collectivités.

This table is intensely aware that data can be overwhelming, not only because of its sheer volume, complexity, range and interconnectivity but also because of the question of how to make it accessible to the users. By "accessible," we mean not only in the tangible sense but also in terms of making it understandable, engaging and manageable in a way that meets the users' needs, considering that users will include the policy-makers not only at senior government levels but also at local government levels and in the family of NGOs.

The Community Information Database that exists within the Rural Secretariat is a free web-based mapping tool that provides consistent and reliable social, economic and demographic data for all rural communities and regions across Canada, namely, all 2,200-plus rural communities across Canada. It was developed by the Rural Secretariat in collaboration with provincial, territorial and community partners as part of the Government of Canada's ongoing support to rural communities because there was an understanding that they needed to have a tool that could enable them to understand their own communities in relation to other communities and, as such, to make informed decisions. We have over 700 community and regional indicators on our database. However, they are taken from census data and, as such, they are available for 1996, 2001 and 2006. I was jealous when I heard some of the things about the Community Accounts, which has data available over several years that are non-census data.

The Community Information Database has a wide range of indicators, including some that relate to non-medical determinants of health such as education, employment, family structure, income and housing; and data regarding some of the communities in terms of Aboriginal peoples, the makeup of the immigrant population by region of origin, the type of community you are dealing with, breakdowns by gender and age, and so on. It is a tool that reduces the amount of time and resources required to obtain and analyze community, regional and provincial-territorial data. A key thing that it has — and this was something that the Community Accounts did not have — is the ability to generate interactive maps. Much of the Community Accounts have tables, graphs, and so on. Mapping tools can be very effective in engaging people who may not be as experienced in working with data.

Rural communities and citizens have always had a need for quality data to provide a basis for informed and realistic decision-making. Although there are several sources of local data in Canada, community level data remained quite dense and complicated. It was a challenge for them to gather and access that data in a manner that they were able to use. By presenting it in this dynamic way, through interactive maps, tables and charts, it allows for an increased awareness and understanding of statistical

Mesdames et messieurs, membres du comité, vous savez pertinemment que cette tâche peut être ardue, et non seulement en raison du volume de données, de leur complexité, de leur diversité et de leurs liens, mais aussi parce qu'il faut déterminer comment les rendre accessibles aux utilisateurs. Elles ne doivent pas uniquement être accessibles au sens propre du terme, mais également compréhensibles, attrayantes et gérables, et elles doivent répondre aux besoins des utilisateurs, notamment les décideurs des instances supérieures du gouvernement ainsi que des administrations locales et des organisations non gouvernementales.

La Base de données sur les collectivités du Secrétariat rural est un outil cartographique en ligne gratuit qui fournit des données cohérentes et fiables de nature socio-économique et démographique sur l'ensemble des collectivités et des régions du Canada, c'est-à-dire plus de 2 200 collectivités rurales au pays. Le Secrétariat rural a conçu cet outil en collaboration avec des partenaires des provinces, des territoires et des collectivités, dans le cadre du soutien permanent apporté par le gouvernement du Canada aux collectivités rurales, parce qu'on considérait qu'un outil était nécessaire pour permettre aux responsables de comprendre la situation de leur propre collectivité par rapport aux autres et ainsi, de prendre des décisions éclairées. Notre base de données comporte plus de 700 indicateurs sur les communautés et les régions. Cependant, ils se fondent sur des données de recensement, ce qui signifie qu'ils s'appliquent aux années 1996, 2001 et 2006. J'ai ressenti de la jalousie quand j'ai entendu parler des comptes communautaires, qui comportent des données pour plusieurs années où il n'y a pas eu de recensement.

La Base de données sur les collectivités comporte un vaste éventail d'indicateurs, dont certains se rapportent à des déterminants non médicaux de la santé comme l'éducation, l'emploi, la structure familiale, le revenu et le logement. Il y a aussi des données sur les collectivités, comme la proportion d'Autochtones, la composition de la population immigrante par région d'origine et le type de collectivités visées, des données ventilées selon le sexe et l'âge, « et cetera ». C'est un outil qui permet de réduire le temps et les ressources nécessaires pour recueillir et analyser des données sur les collectivités, les régions, les provinces et les territoires. Un de ses éléments clés — que les comptes communautaires n'ont pas — est qu'il peut produire des cartes interactives. La plupart des comptes communautaires présentent des tableaux, des graphiques, « et cetera ». Grâce aux outils cartographiques, on peut arriver à susciter l'intérêt des gens qui n'ont pas une grande expérience de l'utilisation des données.

Les collectivités rurales et leurs habitants ont toujours eu besoin de données de qualité sur lesquelles s'appuyer pour prendre des décisions réalistes et éclairées. Il y a plusieurs sources de données locales au Canada, mais les données sur les collectivités étaient assez obscures et complexes. Il leur était difficile de recueillir ces données et d'y avoir accès de façon à pouvoir les utiliser. En les présentant d'une manière dynamique, c'est-à-dire au moyen de cartes, de tableaux et de diagrammes

information, which can be quite difficult to manage if you are not someone who lives in that world on a daily basis.

The Community Information Database has been used extensively across the country for program development, community planning, decision-making and proposal writing. Communities are able to develop more precise proposals that more effectively respond to the actual need rather than the perceived problem but can help them to identify the real problem. It has also been used for educational purposes, the comparison of community performance and the creating of profiles for the use in economic and social development.

In terms of responding to the question, "Is the Community Accounts a model for other governments to benefit from," we would say yes. It presents the information and organizes it around well-being. It has a large amount of data, information and examples in terms of what it provides. Data is available over multiple geographies; ours is available over only limited geographies. You can look at information on either a school district or a health district basis, which is useful for communities, and so on. It has a comprehensive list of data available from other sites. It has a broader range of data than that available in our database in terms of the number of teachers, volunteer engagement, air quality, level of infrastructure, and so on. We do not have that in our source, but we do think that the mapping capacity is a very important piece that needs to be looked at in any model that might be taken on by the federal government.

An example of a health mapping tool that might be of some interest to this committee is the Canada Council on Learning's health literacy interactive web-based map. I would refer this committee to that particular site which may be of some specific interest to you from the health perspective.

On the question of whether there should be consolidation or rationalization of interdisciplinary cooperation, we would support that. Dr. Neudorf spoke of the issue of province-to-province experience. I can speak from the federal experience. There is an interdepartmental committee looking at how we can better collaborate and link between our various databases. However, it becomes a question of volume. The databases become quite unwieldy in terms of the amount of data that might be managed. There are also privacy and security issues. You can end up with the issue of the "mother of all databases." Our colleagues in HRSDC confronted that issue and had to disaggregate because of the privacy and security issues, as well as its ability to manage the information. It can become quite unwieldy, particularly when you are dealing with different functional interests.

interactifs, on favorise la diffusion et la compréhension des données statistiques, ce qui peut être très difficile pour les gens qui ne travaillent pas quotidiennement dans le domaine.

Partout au pays, on se sert de la Base de données sur les collectivités pour élaborer des programmes, mener des projets d'urbanisme, prendre des décisions et rédiger des propositions. Les collectivités peuvent désormais élaborer des propositions plus précises, qui leur permettent de répondre plus adéquatement aux véritables besoins plutôt que de parer aux problèmes apparents. Elles peuvent mieux cerner les problèmes réels. On s'en sert également à des fins d'enseignement ainsi que pour comparer le rendement des collectivités et créer des profils de développement socio-économique.

À la question de savoir si les autres gouvernements bénéficieraient de l'adoption du modèle des comptes communautaires, nous répondrions oui. Il présente l'information et la structure autour du concept de bien-être. Il contient un grand nombre de données, de renseignements et d'exemples. Il renferme des données sur de nombreuses régions géographiques, alors que nous en offrons seulement sur un nombre limité de régions. On peut chercher de l'information par exemple sur un arrondissement scolaire ou un district de santé donné, ce qui est utile aux collectivités. Il présente une longue liste de données accessibles à partir d'autres sites. De plus, il renferme un plus vaste éventail de données que notre base de données au sujet du nombre d'enseignants, du nombre de bénévoles, de la qualité de l'air, du niveau d'infrastructure, « et cetera ». Nous n'avons pas cela dans notre base, mais nous croyons qu'il est très important de prendre en considération la capacité cartographique de tout modèle susceptible d'être adopté par le gouvernement fédéral.

Un exemple d'outil cartographique en matière de santé qui pourrait intéresser le comité est la carte Web interactive en matière de littératie en santé du Conseil canadien sur l'apprentissage. J'attire votre attention sur ce site en particulier, car il pourrait présenter un certain intérêt pour vous du point de vue de la santé.

On nous a demandé s'il fallait consolider ou rationaliser les efforts de coopération interdisciplinaire, et nous croyons que oui. Le Dr Neudorf a parlé de l'expérience entre les provinces. Je peux témoigner de l'expérience du gouvernement fédéral. Un comité interministériel se penche actuellement sur les moyens d'améliorer la collaboration et de relier nos différentes bases de données. Le volume peut être un problème. Les bases de données deviennent trop lourdes vu le grand nombre de données à gérer. Il y a aussi une question de sécurité et de protection des renseignements personnels. On pourrait se retrouver avec une base de données gigantesque. Nos collègues de RHDCC se sont trouvés aux prises avec cette situation et ils ont dû subdiviser leur base de données en raison de problèmes de sécurité et de protection des renseignements personnels, et parce qu'ils n'arrivaient pas à gérer l'information. La gestion des données peut devenir très lourde, tout particulièrement lorsqu'il y a des intérêts divergents en jeu.

In conclusion, we have found that there is a potential for databases that do bring together information in a way that is meaningful and usable at the community level, not merely at the statistician or policy wonk level. We love that kind of data, but we are trying to make our data available to communities and individuals so that they, too, can use the data in a more effective way.

**Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting and Research:** Thank you for having me here. To be clear. I am here because of the work I have been doing with the Federation of Canadian Municipalities, which supports something called the quality of life reporting system which will not be presented here as a possible national framework. There is also the work that I have been involved with, relating to something called the Community Social Data Strategy. It is an initiative to bring these kinds of data into the hands of municipalities and community groups at the local level, particularly in larger cities. Those are a few of the initiatives.

The comments I have are about that municipal perspective. I am happy to see that I am probably repeating or reinforcing a lot of the perspectives that have been raised already. Two key words that seem to be coming up are "geography" and "infrastructure." By "geography," there is a value in understanding whether we are looking at social determinants of health or health inequities and understanding the locale. Looking at inequity at a national-provincial level necessarily masks a lot of the inequities we are trying to understand. The ability to understand municipal government boundaries and what we talked about earlier today, namely neighbourhoods and submunicipal boundaries, those small areas, is important not only to understand those inequities because of a lot of what municipal governments are involved with, but also to address many of those determinants of health that are of a nonmedicinal nature. That municipal perspective is important.

When I say "geography", one big issue is small area data. One of the limitations and the frustrations, as a municipal government working on municipal initiatives, is that when the indicators are being developed, we do not want to have an exercise where we drive indicators available in the data. We do not want a fishing expedition. When you try to play the indicators out on a local level, they seem to be inherently immeasurable for a range of reasons. How you have that sensitivity to be able to understand these dynamics at a local level is important. The census does an excellent job of capturing those small area dynamics. The challenge is how to take health data, particularly administrative data, and make it compatible with those small area geographies available through the census.

Regarding the Infoway initiative, one question had a practical level, namely, will there be a column in all the data collected that provides a postal address or a postal code — that is, something that allows us to take what will be reams of data and allow us to link it back to the small areas that we are talking about. At the end of the day, that is how we do it. We find something that allows us to connect a person's admission into a hospital and all

En conclusion, nous estimons que les bases de données qui regroupent des renseignements d'une manière utile pour les collectivités et non seulement pour les statisticiens et les mordus de politique offrent de bonnes possibilités. Nous aimons ce type de données, mais nous essayons de rendre nos données accessibles aux collectivités et aux particuliers pour qu'eux aussi puissent les mettre à profit.

**Michel Frojmovic, directeur, Acacia Consulting and Research :** Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui. Je suis ici en fait en raison de ma collaboration avec la Fédération canadienne des municipalités, qui apporte son soutien au Système de rapports sur la qualité de vie, qui ne sera pas présenté au comité comme un cadre applicable à l'échelle nationale. Je contribue également à la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, une initiative qui vise à fournir des statistiques sociales aux municipalités et aux groupes communautaires à l'échelle locale, et tout particulièrement dans les grandes villes. Voilà quelques exemples de travaux.

Les observations que je souhaite faire concernent les municipalités. Ce que je vais dire reprend ou renforce beaucoup de points qui ont déjà été soulevés, et c'est tant mieux. Deux mots semblent sortir du lot : « géographie » et « infrastructure ». Pour ce qui est de la géographie, il importe de comprendre si on observe des déterminants sociaux de la santé ou des inégalités en matière de santé et de comprendre la situation de la région. Les inégalités à l'échelle provinciale et nationale masquent forcément un grand nombre d'inégalités que nous tentons de comprendre. Il est important de connaître les limites des administrations municipales et de saisir ce dont nous avons parlé plus tôt aujourd'hui, à savoir les limites inframunicipales et les limites des quartiers, des régions, non seulement pour comprendre ces inégalités, vu tout ce que font les administrations municipales, mais également pour tenir compte des déterminants non médicaux de la santé. Il est donc important de regarder les choses sous l'angle des municipalités.

Quand il est question de géographie, les données régionales sont un aspect essentiel. Une administration municipale qui travaille à une initiative municipale doit composer avec des limites et des frustrations : par exemple, elle ne veut pas avoir à orienter les indicateurs dans les données pendant qu'ils sont en cours d'élaboration. Les municipalités ne veulent pas y aller à l'aveuglette. Quand on essaie d'appliquer des indicateurs à l'échelle locale, il apparaît fondamentalement impossible de les mesurer pour différentes raisons. Il est important d'avoir cette forme de sensibilité pour pouvoir comprendre la dynamique à l'échelle locale. D'ailleurs, le recensement saisit parfaitement la dynamique des régions. Le défi consiste donc à rendre compatibles les données sur la santé, tout particulièrement les données administratives, avec les données régionales recueillies par le biais du recensement.

Quant à l'initiative d'Inforoute, une question sur le plan pratique a été soulevée : y aura-t-il, pour l'ensemble des données recueillies, une colonne qui indique une adresse postale ou un code postal, c'est-à-dire un élément qui nous permette de prendre toutes ces données et de les relier aux régions en question. Au bout du compte, c'est la façon dont nous procérons. Nous trouvons quelque chose qui, à partir des données d'admission à

the information that follows back to their residence, typically, or a place of work. That is what makes it work. When that does not get collected consistently, then all that information is typically lost. Those who work at that level know that, when you are designing those administrative data sets, the little pieces of information become vital. It is called "administrative data" because it is collected for administrative purposes, not policy purposes. The sensitivity to the policy and the research application must be done at the outset. The advantage of the Infoway initiative is that we are at the outset. The challenge is retrofitting the wide range of existing administrative data systems to make that work. We collect the information in a particular small area focussing on the geography. We just heard about mapping. The use of information systems allows us to integrate social and health data. Geographic information systems were designed for that purpose.

This country has become quite good over the last two or three decades in that area. There is a program called GeoConnections through Natural Resources Canada that supports that sort of integration. That work is being done.

There are also issues as to how to access data. I mentioned the community social data strategy that brings together local organizations within municipalities, school boards and health regions. How they access the data is very important. There are tools available. The least sophisticated is picking up the phone and talking with someone at Statistics Canada. That could potentially take a few months to obtain a particular data set. However, there are ways to do remote programming. Statistics Canada also has a research data centre model with a capacity for remote access. How we start building capacity to allow programmers with skill sets to do that across the country would be part of the challenge as well.

Again, this is all about that municipal small area perspective that we have heard a lot about this morning. It is quite exciting.

On the infrastructure side of this issue, I have been trying to think of an analogy between roads and highways and what we are talking about here. This is about building a national small area data infrastructure. For those of us who work in this area, we do not see this as being fuzzy-wuzzy infrastructure; this is hard core infrastructure. There are many shovel-ready social data and health data infrastructure projects ready to go. They have all sorts of jobs attached to them that are relatively gender balanced, which is an issue that has arisen regarding infrastructure stimulus.

l'hôpital et des données connexes, nous ramène au lieu de résidence, ou au lieu de travail de la personne. Voilà ce qui fait que ça fonctionne. En règle générale, lorsque ces renseignements ne sont pas recueillis systématiquement, alors ils sont perdus. Les personnes qui travaillent à ce niveau-là savent que lorsqu'on forme des ensembles de données administratives, le moindre renseignement est crucial. Nous les désignons sous le nom de données administratives parce qu'elles sont recueillies à des fins administratives, et non pas pour les besoins des politiques. Il faut tenir compte dès le départ de leur application en ce qui a trait aux politiques et à la recherche. L'avantage de l'initiative d'Inforoute, c'est que nous en sommes à nos premiers pas. Pour que l'initiative soit une réussite, il faut adapter les nombreux systèmes de données administratives en place. Voilà le défi. Nous recueillerons des renseignements sur une région donnée en mettant l'accent sur l'aspect géographique. Nous venons tout juste d'entendre parler des fonctions cartographiques. Les systèmes d'information nous permettent d'intégrer des données sociales et des données sur la santé. Les systèmes d'information géographique ont été conçus à cette fin.

Le Canada s'est beaucoup amélioré sur ce plan au cours des deux ou trois dernières décennies. Il existe d'ailleurs un programme du nom de GéoConnexions, dirigé par Ressources naturelles Canada, qui appuie ce type d'intégration. Ce travail est en cours.

On s'interroge également au sujet de l'accès aux données. J'ai mentionné la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, qui rassemble les diverses organisations des municipalités, les arrondissements scolaires et les districts de santé. La façon dont ils accèdent aux données est très importante. Il existe des outils à cette fin. La méthode de base consiste à appeler directement Statistique Canada, et on pourrait attendre des mois pour obtenir un ensemble de données. Toutefois, il est possible de programmer à distance. Statistique Canada dispose aussi d'un modèle de centre de données de recherche doté d'un accès à distance. Trouver le moyen de permettre aux programmeurs compétents d'assurer cette fonction n'importe où au pays fait partie du défi à relever.

Encore une fois, nous en revenons au point de vue des municipalités dont nous avons beaucoup parlé ce matin. C'est captivant.

Pour ce qui est de l'infrastructure, j'ai essayé de trouver une analogie entre les routes et les autoroutes et ce dont nous discutons aujourd'hui. Il s'agit de construire une infrastructure nationale de données régionales. Ceux parmi nous qui travaillent dans le domaine ne considèrent pas que cette infrastructure soit farfelue; elle est fondamentale. Beaucoup de projets d'infrastructure de données sociales et de données sur la santé sont prêts à être lancés. Toutes sortes d'emplois qui pourraient être assez répartis entre les hommes et les femmes sont associés à ces projets. C'est d'ailleurs une question qui a été soulevée au sujet des investissements dans l'infrastructure.

I was trying to determine whether the analogy with the roads and highways was fair. I would love to hear someone say this is stretching it. However, sometimes I have the sense that we are worrying too much about which cars will be going on the highway. Will they be SUVs or something else?

The first step in building infrastructure is acquiring the rights-of-way. You can sort out all other details later. There may be legitimate debate about whether we want to build a rail system or one that accommodates cars and trucks, but we may already know that. We do not seem to have invested in that basic infrastructure of acquiring the rights-of-way that connect many of the initiatives already ongoing.

There is a great deal of interesting integration of small area social and health data at a local level within provinces. The challenge is how to integrate these, but you integrate it with that infrastructure. How do we manage that complexity and diversity? The danger of the national framework is that you oversimplify and do not allow for the complexity playing out locally. Perhaps the framework has to be more about defining a set of strategic goals and intended outcomes. Even a rigid set of indicators may not play out in the end. You will spend all your time designing those cars and not the hard core infrastructure.

Those are some comments from the perspective of municipal governments. Geography is all about understanding how everything we are talking about here plays out at a local level within municipalities or at the neighbourhood level. That level of attention seems to be vital to an understanding of population health and having an effective set of interventions. Then, the infrastructure side of this literally would be how to treat this 21st century and 22nd century infrastructure investment where we need to go beyond simply worrying about asphalt.

**Vivek Goel, President and Chief Executive Officer, Ontario Agency for Health Protection and Promotion:** I worked as a public health researcher for about a decade as many of these initiatives were being discussed. I then went off to sleep for ten years as a university administrator. I have now come back to build a public health agency for Ontario.

I bring a perspective wherein I missed out on how much progress has been made. There is some sense of hand-wringing, but most of the organizations represented around this table were not there ten years ago. We had Health Canada and Statistics Canada. Now we have CIHI, the Canadian Population Health Initiative and the Public Health Agency of Canada. There has been a lot of progress at the national level.

I do not think we have a shortage of indicators — Mr. Wolfson can hold up his book again. I think someone mentioned 600 indicators in their data set. Ontario's public health epidemiologists have a list of 300 indicators on which health

Je me demandais si l'analogie avec les routes et les autoroutes était convenable. J'aimerais bien que quelqu'un dise qu'elle va trop loin. Cependant, j'ai parfois l'impression que nous nous préoccupons trop de savoir quels véhicules circuleront sur l'autoroute. Est-ce qu'il s'agira de véhicules utilitaires sport ou d'autres types de véhicules?

La première étape dans la construction d'une infrastructure est d'acquérir les droits de passage. On peut s'occuper de tous les autres détails par la suite. Il peut être légitime de se demander si nous voulons construire un réseau ferroviaire ou un réseau pour les voitures et les camions, mais nous avons peut-être déjà la réponse. Il semble que nous n'ayons pas investi dans l'infrastructure de base, à savoir l'acquisition des droits de passage, pour relier de nombreuses initiatives en cours.

L'intégration de données sociales régionales et de données régionales sur la santé à l'échelle locale dans les provinces présente un grand intérêt. Le défi consiste à déterminer comment les intégrer, mais on le fait à l'aide de l'infrastructure. Comment gérions-nous la complexité et la diversité des données? Le danger associé au cadre national est de trop simplifier et de ne pas tenir compte de la complexité à l'échelle locale. Peut-être que le cadre devrait être davantage axé sur la définition d'un ensemble d'objectifs stratégiques et de résultats visés. Même un ensemble rigide d'indicateurs pourrait ne pas porter fruit au final. Et nous aurons alors consacré tout notre temps à concevoir les voitures plutôt que l'infrastructure fondamentale.

Certains points doivent être soulignés du point de vue des administrations municipales. Dans une optique géographique, il est impératif de comprendre comment tout ce dont nous parlons ici se concrétise à l'échelon des municipalités ou des quartiers. Ces considérations semblent essentielles pour comprendre la santé des populations et disposer d'un ensemble d'interventions efficaces. Par ailleurs, du point de vue de l'infrastructure, il convient de se demander comment mettre à profit les investissements des XXI<sup>e</sup> et XXII<sup>e</sup> siècles dans les infrastructures en ne se souciant pas uniquement de l'asphalte.

**Vivek Goel, président-directeur général, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé :** J'ai travaillé comme chercheur dans le domaine de la santé publique pendant environ dix ans à l'époque où ces initiatives étaient à l'étude. Je suis ensuite devenu administrateur d'université pour me reposer un peu. Je suis de retour pour mettre sur pied une agence de santé publique pour l'Ontario.

Je n'ai pas pu suivre de près les progrès qui ont été faits. Je sens que certains sont insatisfaisants, mais la plupart des organisations représentées à cette table n'étaient pas là il y a dix ans. Il y avait Santé Canada et Statistique Canada, et nous avons maintenant l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Agence de la santé publique du Canada. Beaucoup de progrès ont été faits à l'échelle nationale.

Je ne crois pas que nous manquions d'indicateurs. M. Wolfson peut attendre un peu. Je pense que quelqu'un a mentionné qu'il y a 600 indicateurs dans ses données. Les épidémiologistes de la santé publique de l'Ontario ont une liste de 300 indicateurs sur

units report. We certainly need consensus. I understand there was another consensus conference held on pan-Canadian indicators. My sense is that that will continue to work.

We do not have a shortage of data. What we have is a shortage of information and knowledge from the data, and the ability to bring it together. What is missing is a clear idea of what we want to do with that data, or a clear set of the questions we want to pose, as it was put previously. I do not think the questions can be posed until the goals are clear. Your earlier paper certainly talked about this aspect.

The health goals for Canada now are a wonderful set of aspirational statements. However, they do not get to the operational level to address what we will be doing on which population by which time period. Health Infoway has set a goal here of 50 per cent of Canadians by 2010. I will be looking forward to seeing whether that is met, but it is a measurable statement. We are missing that for population health now. Until you have those goals, you cannot start to address what a clear set of indicators should be.

I have a few other points. Having said that there is lots of data, it is also clear there are many gaps. I would caution that before we go off into new areas, we have gaps in fundamental data. Mr. Wolfson, what is the most recent year we have complete mortality statistics for?

**Mr. Wolfson:** 2005.

**Mr. Goel:** We are now in 2009. This is not because the data are not available. These issues go into your next topic on the agenda. Fundamental issues persist around the sharing of basic data that can be used to derive validated measures that can look at a variety of information such as mortality or birth weights. This data provides detail at a very limited geographic area to look at inequities and disparities and to monitor programs and changes.

However, we cannot produce those in a timely manner. We have wonderful new opportunities to pursue but we also need to look at obtaining some of these fundamental data in a timely manner that also allows for international comparisons between jurisdictions.

The electronic health record certainly will be a major system. I hope it will not take 20 years to figure it out. I know this is in the Health Infoway charter that the primary focus is on delivering clinical information systems, which Mr. Sheridan outlined. It is important that we not forget about the secondary uses. I know it will include the six character postal code. When it will be available is an important issue, but we know that detail will be included.

lesquels les services de santé établissent des rapports. Il est certain que nous devons obtenir un consensus. Je crois comprendre qu'il y a eu une autre conférence de concertation sur les indicateurs panafricains. J'ai l'impression que les choses vont continuer de bien fonctionner.

Nous ne manquons pas de données; en fait, ce qui nous manque, c'est de l'information et des connaissances tirées de ces données, et la capacité de les regrouper. Ce qu'il nous faut, c'est une idée claire de ce que nous voulons faire avec ces données ou un ensemble défini de questions que nous voulons poser, comme nous l'avons dit plus tôt. Je ne crois pas qu'on puisse poser ces questions avant que les objectifs soient clairs. L'article que vous avez présenté traitait de cet aspect.

À l'heure actuelle, les objectifs en matière de santé au Canada sont une série d'énoncés idéalistes. Toutefois, ils ne tiennent pas compte du plan opérationnel et n'expliquent pas quelles mesures seront prises, auprès de quelles populations et quelles seront les échéances. Inforoute Santé s'est fixé comme objectif d'atteindre 50 p. 100 des Canadiens d'ici 2010. J'ai bien hâte de voir s'il sera atteint. Il s'agit d'un objectif mesurable, et c'est ce qu'il nous manque en ce qui a trait à la santé des populations. On ne peut pas commencer à définir un ensemble d'indicateurs clairs avant d'avoir fixé ce genre d'objectifs.

J'aimerais aborder quelques autres points. J'ai dit qu'il y avait beaucoup de données, mais il est clair qu'il y a aussi beaucoup de lacunes. Je vous signale qu'il y a des lacunes dans les données fondamentales et qu'il faut y remédier avant de s'engager dans de nouveaux domaines. Monsieur Wolfson, à quelle année faut-il remonter pour avoir des statistiques complètes sur la mortalité?

**M. Wolfson :** 2005.

**M. Goel :** Nous sommes maintenant en 2009. Ce n'est pas que les données ne sont pas disponibles. Ces questions se rapportent au prochain point à l'ordre du jour. Il reste des questions fondamentales à régler au sujet de l'échange des données de base desquelles on peut dégager des mesures éprouvées qui tiennent compte d'une foule de renseignements concernant par exemple la mortalité et le poids à la naissance. Ces données nous donnent des détails sur des régions géographiques très précises qui nous permettent d'observer les inégalités et les disparités et de suivre de près les programmes et les changements.

Toutefois, nous ne pourrons pas produire de telles données très rapidement. De fantastiques nouvelles possibilités s'offrent à nous, mais nous devons tenter d'obtenir une partie de ces données fondamentales en temps voulu pour pouvoir faire des comparaisons à l'échelle internationale.

Le système des dossiers de santé électroniques sera certainement de grande envergure. J'espère qu'on ne mettra pas 20 ans à y arriver. Je sais que la priorité absolue de la charte d'Inforoute Santé est de produire des systèmes d'information clinique, comme M. Sheridan l'a souligné. Il ne faut surtout pas oublier les utilisations secondaires. Je sais que le système comprendra les six caractères des codes postaux. Nous savons qu'il aura cette fonction, mais quand? Voilà une question importante.

As we look at these systems, it is important that we think about these other uses. I would caution us not to use phrases like "secondary uses of data," because these are primary uses of that data for purposes of population health monitoring and surveillance, et cetera. We fall into a trap when we lump the clinical uses, population uses and research uses as primary uses. In that sense, everything else becomes secondary. There are many different kinds of secondary uses, and some are as important as the primary use.

As an example, I learned a few weeks ago that ethnicity has been dropped as a variable. I am not sure of the current status of this item on the panorama public health system and I do not know the basis for the decision. From a population health perspective, ethnicity is a very important variable. I suspect it was a case where someone decided that, from a primary user's perspective, it would be hard to capture this data, and somewhere in one of those federal-provincial tables it was dropped. This lens has to be applied at all the decision-making tables on all these system developments.

The issue of local data has come up quite a bit, and I think it is important to ensure we have the information at the smallest geography possible. I think someone said in a sense, subdivisions will not map a neighbourhood. A six-character postal code is the best local code we have. The ability to take that and re-profile it in different ways across all our systems is important.

It is also important for us to learn from other disciplines — community accounts certainly takes a broad perspective — and from the private sector. If you go to any of the firms such as Environics, they can tell you about a block face and they have profiles of the people who live there and, for marketing purposes, what is going on inside each of those houses. The methods they use do not rely on collecting all those detailed characteristics about every house. They take the data from the census, along with data from multiple other streams, and then impute values using modeling techniques to come up with profiles for those neighbourhoods. We can learn a lot in the sort of work we want to do to create the kinds of reports that are important at the community level.

For me, the most exciting part of having come to this meeting was the opportunity to look at Community Accounts. I played around on the website. It is a wonderful tool and delivers a lot of community level information. However, for a lot of those variables, when you really drill down into what I want to know for my local community, the answer comes back that the data is not available for your local community and it provides the next level up in geography, or many levels up. Some of these other

Il importe également de considérer les autres utilisations de ces systèmes. Je vous conseille d'éviter de parler d'"utilisations secondaires des données" lorsqu'il est question par exemple de surveillance de la santé des populations, car ces utilisations sont importantes. Nous tombons dans un piège lorsque nous qualifions les utilisations cliniques et les utilisations liées à la population et à la recherche d'"utilisations principales". C'est comme si tout le reste devenait secondaire. Il existe bien des utilisations secondaires, et certaines sont aussi importantes que les utilisations principales.

À titre d'exemple, j'ai appris il y a quelques semaines que l'ethnicité était une variable qui avait été abandonnée. Je ne sais pas quel est le statut actuel de cet élément dans le tableau du système de santé publique, et je ne connais pas le fondement de cette décision. Du point de vue de la santé des populations, l'ethnicité est une variable très importante. Je présume qu'il s'agit d'un cas où quelqu'un a décidé que, du point de vue d'un utilisateur principal, il serait difficile de recueillir cette donnée, et que, à l'une de ces tables fédérales-provinciales, cette variable a été abandonnée. Cette optique doit être appliquée à toutes les tables de décision concernant toutes ces élaborations de système.

La question des données locales a été soulevée fréquemment, et je crois qu'il est important de s'assurer que nous disposons de l'information à l'échelle géographique la plus petite possible. Je crois que quelqu'un a dit dans un certain sens que les subdivisions ne permettront pas de cartographier un quartier. Le code postal composé de six caractères est le meilleur code local que nous ayons. La capacité de prendre cette information et de l'analyser de nouveau de différentes manières dans l'ensemble de nos systèmes est importante.

Il est également important pour nous d'apprendre d'autres disciplines — les comptes communautaires ratissent certainement large — et du secteur privé. Consultez une firme comme Environics par exemple; ils pourront tout vous dire sur un côté d'îlot. Ils possèdent les profils des personnes qui y vivent et, à des fins de marketing, ils savent ce qui passe dans chacune de ces maisons. Les méthodes que ces firmes utilisent ne s'appuient pas sur la collecte de toutes ces caractéristiques détaillées pour chaque maison. Elles utilisent les données recueillies dans le cadre du recensement, ainsi que les données qui proviennent de multiples autres sources, puis elles déterminent des valeurs à l'aide de techniques de modélisation afin de créer des profils pour ces quartiers. Nous pouvons en apprendre beaucoup sur le type de travail que nous désirons réaliser pour élaborer les types de rapports qui sont importants au niveau communautaire.

À mon avis, la partie la plus stimulante de ma participation à cette réunion a été l'examen des comptes communautaires. J'ai exploré le site Web. C'est un outil extraordinaire qui présente une foule d'information au niveau communautaire. Cependant, pour bon nombre de ces variables, si je cherche à approfondir un aspect de ma collectivité que je souhaite mieux connaître, la réponse que j'obtiens est qu'il n'y a pas de données disponibles pour cette collectivité, et on obtient l'information du niveau géographique

methods could be used to then create for that community the approximation and the imputation of what is going on.

Just to close with the question from Senator Eggleton about the organizational architecture. I would make a plea to not create more organizations. It is wonderful that we have the ones that are sitting here, but we do not need more organizations in this area. I think, as Mr. Berthelot said, the partnerships and the models need to be very clear. The importance of working together with the provinces and territories as well as the federal government on this. I think you do have a model of something that has worked well across this area and it is the Canadian Population Health Initiative. The projects have been mentioned several times throughout the morning. It is a small organization but is the kind of organization we need in these areas that can work to build the bridges across many other groups working at the national level, as well as across the provinces and territories.

**Senator Eggleton:** In response, Mr. Chair, I really did not mean to suggest setting up a new organization. I meant how we could evolve a partnership, and who would take lead roles.

**The Chair:** We do have to address linkage and privacy issues, and we have until eleven o'clock to do so. The next speakers are Mr. Wolfson, Mr. Berthelot, Ms. Dodds and Mr. Smith. Perhaps you four people could deal with both issues. In other words, say what you wanted to say and deal with the linkage and privacy issues.

The only thing I would say about this is that I am not a high-tech guru, but I have wasted more hours of my life than I care to admit sitting on committees dealing with the development of electronic medical records and the initial development of Infoway, and all of this that took five years of sittings. The one thing that would always get me down was the amount of time we spent on privacy. Again, as a simplistic surgeon, I always thought that the patient owns the information; let him build whatever firewalls he wants and put whatever information he is willing to give into the data bank and let us get on with life. However, I suppose that is too simplistic.

**Mr. Wolfson:** I want to pick up briefly on some of the earlier comments. First is on the small area geography. We observe instantly at Statistics Canada that the finer the geography, if we go from national to provincial, provincial to municipal, municipal to health region, the amount of interest in the data increases dramatically at the finer geography. There is no question that that is important.

supérieur, ou parfois de plusieurs niveaux supérieurs. Certaines de ces autres méthodes pourraient être utilisées pour créer ensuite une approximation ou une imputation de ce qui se passe dans une collectivité donnée.

Pour conclure avec la question du sénateur Eggleton concernant l'architecture organisationnelle, je demanderais que l'on ne crée pas d'autres organisations. Nous sommes comblés d'avoir celles qui sont représentées ici, mais nous n'avons pas besoin d'autres organisations dans ce domaine. Je crois, comme l'a dit M. Berthelot, que les partenariats et les modèles doivent être très clairs. Il est important de travailler de concert avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral. Je crois que l'Initiative sur la santé de la population est un modèle qui a bien fonctionné dans le domaine qui nous occupe. Les projets ont été mentionnés à plusieurs reprises ce matin. Il s'agit d'une petite organisation, mais d'une organisation nécessaire dans ces domaines et qui peut aider à jeter des ponts entre les nombreux autres groupes qui travaillent au niveau national ainsi qu'aux niveaux provincial et territorial.

**Le sénateur Eggleton :** En réponse à cette affirmation, monsieur le président, je tiens à souligner que je n'ai jamais suggéré de créer une nouvelle organisation. Je parlais de ce qui pourrait être fait pour en arriver à un partenariat et de qui pourrait assumer les rôles de direction.

**Le président :** Nous devons nous pencher sur les questions de l'établissement de liens et de la protection des renseignements personnels. Nous avons jusqu'à onze heures pour ce faire. Les prochains intervenants sont M. Wolfson, M. Berthelot, Mme Dodds et M. Smith. Peut-être que vous quatre pourriez parler de ces deux questions. Autrement dit, parlez de ce dont vous vouliez parler et ajoutez-y les questions de l'établissement de liens et de la protection des renseignements personnels.

La seule chose que je dirais à cet égard c'est que je ne suis pas un spécialiste de la haute technologie, mais que j'ai perdu plus d'heures de ma vie que je n'ose l'admettre à siéger à des comités qui se penchaient sur la question de l'élaboration de dossiers médicaux électroniques et sur le développement initial de l'Inforoute. Il aura fallu cinq ans de travail pour ce faire. Ce qui me renverse, c'est tout le temps que nous avons passé à discuter de la protection des renseignements personnels. Encore une fois, le simple chirurgien que je suis a toujours pensé que c'est le patient qui est le propriétaire de l'information. Laissez-le installer les pare-feu de son choix et divulguer l'information qu'il est prêt à faire verser dans la banque de données, et que la vie continue. Mais, j'imagine que c'est une vision trop simpliste.

**M. Wolfson :** Je souhaite revenir brièvement sur certains des commentaires qui ont été faits précédemment. Tout d'abord, la question de la petite zone géographique. Nous observons instantanément, à Statistique Canada, que plus la région géographique s'affirme, quand on passe de l'échelle nationale à l'échelle provinciale, puis de l'échelle provinciale à l'échelle municipale, puis de l'échelle municipale à l'échelle de la région sanitaire, plus l'intérêt pour les données augmente. Il ne fait aucun doute cela est important.

Mr. Goel pointed to this: There is a question about the availability of the underlying data. I would caution us not to take the population census, for example, for granted. There are two parts to the population census: There is 2(a), which is fundamental and is required to enumerate the population electoral districts and things like that, and then there is the 2(b), which is the one-in-five subsample where you get the long form. Every five years, there is always a debate inside the government about what will be on it, how will it be funded. If anything, the kinds of information we are talking about from a health and determinants point of view would require that the 2(b) be expanded in order to provide a frame for some of the kinds of evaluation.

As I am sure Mr. Hollett could tell us, it is one thing to get the counts of the population by industry and occupation, but it is quite another to get smoking rates and physical activity data down at the neighbourhood level. We just do not have it. To some extent, as Mr. Goel has said, modeling can help but sometimes you would rather not rely on the guesstimating involved in modeling.

There was a comment, and I cannot remember who made it, that neighbourhood area stuff and longitudinal stuff do not go together. If the committee has not heard from Clyde Hertzman in British Columbia, that is a nice example of working at the community level in this case with readiness-to-learn indicators, and following up the kids to see what is happening. It sounds as though it is a process that energizes those communities that have their act together.

I would like to say a bit on privacy as a segue into a comment about Senator Eggleton's question. I want to reinforce what Mr. Berthelot said about the public good aspect of the data we are talking about. I did get agreement, one time when I was on a podium recently, saying that there is a privacy chill in the country, but notwithstanding the debate we had, I do think there is. I would add to that; I think there is a fear-of-embarrassment chill.

Sitting where I do at Statistics Canada, we have been working for three or four years with the power of the Statistics Act, the chief statistician writing to all the deputy ministers of health across the country saying "We have half a million people who have given us their permission to link their survey results to their provincial health care records. Would you please give us the provincial health care records?" We have two provinces that have signed an MOU so far, and a couple more are on the edge. However, this is taking years, and it is in the Constitution that statistics are a federal responsibility. It is in the federal Statistics Act that we have the authority to collect this data. We regularly keep track of all the provincial acts, and every single provincial act says that you are allowed to divulge this data if otherwise required in law, which is the opening for Statistics Canada, yet

M. Goel a souligné qu'une question se posait au sujet de la disponibilité des données sous-jacentes. Nous devons être prudents et ne pas tenir le recensement de la population, par exemple, pour acquis. Le recensement de la population est composé de deux parties : la partie 2(a), qui est fondamentale et nécessaire pour dresser la liste des circonscriptions et d'autres choses du genre, et la partie 2(b), qui est un sous-échantillon que l'on retrouve dans le formulaire long distribué à un ménage sur cinq. Tous les cinq ans, il y a un débat au sein du gouvernement concernant les éléments qui devraient s'y trouver et la manière dont il sera financé. En fait, pour obtenir l'information dont nous parlons, concernant la santé et les déterminants, il faudrait que la partie 2(b) soit allongée afin de fournir un cadre pour certains types d'évaluation.

Comme, j'en suis convaincu, M. Hollett pourrait nous le dire, c'est une chose de connaître les chiffres de population par industrie et par emploi, mais c'en est une autre de connaître le pourcentage de fumeurs et les données relatives à l'activité physique à l'échelle du quartier. Nous ne les avons tout simplement pas. Dans une certaine mesure, comme l'a mentionné M. Goel, la modélisation peut être utile, mais parfois, il est préférable de ne pas se fier aux approximations inhérentes à la modélisation.

Quelqu'un a formulé un commentaire, je ne me rappelle plus qui, voulant que les trucs relatifs aux quartiers et les trucs longitudinaux ne vont pas ensemble. Pour les membres du comité qui n'auraient pas entendu parler du travail de Clyde Hertzman, de la Colombie-Britannique, voilà un bon exemple de travail au niveau communautaire avec des indicateurs de capacité d'apprentissage. Un suivi des enfants est ensuite effectué pour évaluer les résultats. Il semble que ce soit un processus qui stimule les collectivités qui doivent travailler ensemble.

J'aimerais parler un peu de la protection des renseignements personnels pour aller dans le sens d'un commentaire qui a été fait sur la question du sénateur Eggleton. Je tiens à réaffirmer ce que M. Berthelot a dit au sujet de l'aspect intérêt public des données dont nous parlons. Au cours d'une allocution que j'ai présentée récemment, j'ai obtenu l'accord de tous en disant que la protection des renseignements personnels au pays est entourée d'une aura de peur. En dépit du débat que nous avons eu, je crois que cette peur existe bel et bien. Et j'ajouterais qu'il existe, à mon avis, une peur de l'embarras.

Dans le cadre de mes fonctions à Statistique Canada, nous avons travaillé pendant trois ou quatre ans avec la Loi sur la statistique. Le statisticien en chef a écrit à tous les sous-ministres de la santé du pays pour leur dire qu'un demi-million de personnes nous avaient donné l'autorisation de lier leurs réponses au sondage à leurs dossiers de santé provinciaux et il a demandé aux sous-ministres de nous fournir ces dossiers de santé provinciaux. Jusqu'à maintenant, deux provinces ont signé un protocole d'entente et deux autres sont sur le point de le faire. Cependant, cela prend des années. Et aux termes de la Constitution, les statistiques sont du ressort du gouvernement fédéral. C'est la Loi sur la statistique fédérale qui nous confère le pouvoir de collecter ces données. Nous examinons régulièrement toutes les lois provinciales, et toutes confèrent le droit de

things seem to take forever. I can understand that if you are a public servant and you are risk-averse, it is easier to say no than to take the chance of sending the data out.

That is a bit of a segue I will use to Senator Eggleton's question on who should take the lead in all of this. I am not sure I have a great answer, but it is useful to go back in time. In the early 1990s, Martin Wilk, as former chief statistician, was asked by the former deputy minister of health at what was then the National Information Council to look at Canada's health information system. Martin Wilk does not pull any punches and his summary description was that our health information system was in a deplorable state. As former chief statistician, it would have been easy for him to say "We will give Statistics Canada a lot more clout." However, he did not and the report did not recommend that, and we had a lot of debate about this issue. Instead, he recommended the creation of CIHI, in effect, although CIHI has not evolved in the way that was originally envisaged. The insight in that report was to say that there are too many players in the health information landscape for Statistics Canada, as a federal department, to play the lead role. There needs to be some sort of a coalition, a partnership that brings a sprinkling of deputy ministers, people from the health and medical professions and the research community together around a table. In the report, it was called the health information coordinating council. There was a separate recommendation for an organization that would bring together, for example, financial data and patient data, which were in two separate organizations previous to that. We should put the dollars and people together if we are ever to do a cost-effectiveness evaluation

The CIHI board has been tremendously effective and works well. Its focus, quite naturally, has become predominantly the management of the CIHI organization, which is fine, although there is a recent example in the partnership with Infoway — pursuant to CDM direction — to look more broadly at what we will not call secondary use but population uses, for example, of the emerging health record.

I look at the first ministers' accords that started in 2001-02 and there was a bit of a push — Lord knows, I was not in the room so I do not know in detail — for better health information. The trouble was that it was tied to accountability, which immediately got the hackles up of the provinces. While there was a large fiscal transfer from the federal government to the provinces, there was this other thing that, from an information point of view, was perhaps unfortunate.

My sense now — and I agree completely with Mr. Goel's comment and that of others around the table — it is not time to create another organization. What would be best is if we can

divulguer ces données si cela est exigé par la loi, ce qui constitue une ouverture pour Statistique Canada. Malgré tout, les choses semblent s'éterniser. Je peux comprendre que si vous êtes fonctionnaire et peu enclin à prendre des risques, il est plus simple de refuser que de prendre le risque de transmettre les données.

Pour répondre à la question du sénateur Eggleton concernant qui doit assumer la responsabilité de la direction dans tout ceci, je ne suis pas certain d'avoir une bonne réponse, mais il est utile de retourner dans le temps. Au début des années 1990, l'ancien sous-ministre de la Santé, qui faisait alors partie du Comité canadien de l'information, a demandé à Martin Wilk, à titre d'ancien statisticien en chef, d'examiner le système d'information sur la santé du Canada. Martin Wilk n'y est pas allé par quatre chemins. Il a dit dans sa description sommaire que notre système d'information sur la santé se trouvait dans un état déplorable. À titre d'ancien statisticien en chef, il lui aurait été facile de dire qu'il donnerait plus de poids à Statistique Canada. Cependant, il ne l'a pas fait et cela n'a pas été recommandé dans le rapport. Nous avons eu de nombreux débats à cet égard. Il a plutôt recommandé la création de l'ICIS, malgré le fait que l'ICIS n'ait pas évolué de la manière prévue initialement. L'idée de ce rapport était de dire qu'il y avait un trop grand nombre d'acteurs dans l'univers de l'information sur la santé pour que Statistique Canada, un organisme fédéral, joue le rôle de leader. Il fallait créer une sorte de coalition, un partenariat qui rassemblerait autour d'une même table des sous-ministres, des professionnels de la santé et des chercheurs. Dans le rapport, on appelait ce regroupement le Conseil de coordination des renseignements sur la santé. Une recommandation distincte suggérait de créer une organisation qui permettrait de rassembler, par exemple, les données financières et les données sur les patients qui se trouvaient auparavant dans deux organisations distinctes. Nous devons regrouper les dollars et les gens si nous voulons faire une évaluation du rapport coût-efficacité.

Le conseil de l'ICIS est extrêmement efficace et il fonctionne bien. Naturellement, il s'est surtout consacré à la gestion de l'organisation de l'ICIS, ce qui est bien, mais le partenariat avec l'Inforoute — conformément à la directive de la CSM — nous a récemment donné un exemple de la possibilité d'examiner plus largement ce que nous n'appellerons pas utilisation secondaire, mais utilisation par catégorie d'intervenants, par exemple, du nouveau dossier de santé.

J'ai examiné les accords des premiers ministres qui sont entrés en vigueur en 2001-2002 et on y insiste — jusqu'à quel point? Je ne sais pas, je n'étais pas dans la salle, donc je ne connais pas les détails — pour obtenir une meilleure information sur la santé. Le problème, c'est qu'on la reliait à l'obligation de rendre compte, ce qui a immédiatement mis les provinces en colère. Bien qu'il y ait eu d'importants transferts financiers du gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, il y avait cette autre dimension qui, du point de vue de l'information, n'était peut-être pas très heureuse.

J'ai maintenant l'impression — et je suis tout à fait d'accord avec le commentaire de M. Goel et ceux des autres personnes assises à cette table — que ce n'est pas le moment de créer une

figure out some way to create a partnership amongst the key organizations. Then the question will be how you enforce anything there. It seems to me that the Conference of Deputy Ministers would need to play a key role there. Maybe somewhere there needs to be a secretariat to the partnership that would keep things together and act as the key focal point with the CDM.

I read through the testimony that the committee heard a month or so ago with Mel Cappe and Jim Mitchell where there was much talk about a big-program perspective, and reference was made to child benefits and the need for the Prime Minister and first ministers across the country to take a lead in these sorts of things. That may be entirely appropriate from the point of view of launching programs, but information is something that needs to have an ongoing apolitical or depoliticized structure to it. It should be outside of the fray, notwithstanding the good words that the former clerk had to say about the importance of the Prime Minister and leadership, maybe only to get it started. I think they used the phrase "below the radar" in their remarks, that this needs to be something that gets to be taken for granted.

**The Chair:** Mr. Wolfson, I want to respond to you before the other speakers. One of the things we looked at along the way is that there was a suggestion that we have a federal department of human development and corresponding provincial departments. I can tell you that that would not fly at all. You need the top level cabinet committees to drive this initiative. You are quite right; the information gurus do not have to interface at that level at all. They can do their own thing.

Productivity is why we went with this model. Our report has not been finally drafted yet, and we must write it in such a way that someday it can be wired. We are listening carefully to what all of you have to say. I just wanted you to know that.

**Mr. Berthelot:** With respect to Senator Eggleton's comments regarding who is taking the leadership, I think the issue about population health is not just health; it is population. It is very broad. I do not know that anyone has the mandate for knowing that at this stage.

Population health, in itself, is a relatively young policy and science, even though public health is an old science. The population health and health disparities are relatively new. There was the Lalonde report in 1973, but there was nothing much more before that, and we can argue whether or not it was population health. It is a young science and it is unclear to me who has the mandate to take the overall leadership.

However, I think leadership is being taken in specific areas. CIHI and Health Infoway, with Statistics Canada and PHAC and Health Canada — I think it is mainly CIHI and Health Infoway — have received a mandate from the Conference of Deputy

autre organisation. Il serait préférable que nous trouvions un moyen d'établir un partenariat entre les principales organisations. Ensuite, il faudra voir qui applique quoi et comment. Il me semble que la Conférence des sous-ministres devrait jouer un rôle clé en l'occurrence. Il faudrait peut-être envisager mettre sur pied un secrétariat pour le partenariat qui se chargerait d'assurer la cohésion de l'ensemble et qui agirait à titre de centre de liaison principal avec la CSM.

J'ai lu l'intégralité du témoignage de Mel Cappe et de Jim Mitchell que le comité a entendu il y a environ un mois. On y a beaucoup parlé en termes de gros programme et on y a fait référence aux prestations pour enfants et à la nécessité pour le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces de jouer un rôle de leader pour ce genre de choses. Cela peut être tout à fait approprié pour le lancement de programmes, mais l'information doit en tout temps avoir une structure apolitique ou dépolitisée. Elle doit être au-dessus de la mêlée, peu importe les bons mots que l'ancien greffier a eus relativement à l'importance du premier ministre du Canada et du leadership, peut-être uniquement pour mettre les choses en marche. Je crois les avoir entendus utiliser dans leur allocution les mots « à l'insu », et avoir mentionné que cela doit être quelque chose qu'il faudrait tenir pour acquis.

**Le président :** Monsieur Wolfson, je tiens à vous répondre avant les autres intervenants. Une des possibilités que nous avons envisagées était d'avoir un ministère fédéral du développement humain et les ministères provinciaux correspondants. Je peux vous dire qu'elle ne serait pas bien reçue. Ce sont les principaux comités du Cabinet qui doivent diriger cette initiative. Vous avez parfaitement raison : les spécialistes de l'information n'ont pas du tout à intervenir sur ce plan. Ils peuvent travailler de leur côté.

Nous avons opté pour ce modèle en raison de la productivité. Notre rapport n'en est pas encore à sa version finale. Nous devons la rédiger de telle sorte qu'elle puisse être transmise un jour. Nous écoutons attentivement ce que tous les témoins ont à dire. Je voulais simplement que vous le sachiez.

**M. Berthelot :** Pour répondre aux commentaires du sénateur Eggleton concernant les personnes qui assumeront le leadership, je crois que le problème de la santé de la population ne porte pas uniquement sur la santé, mais sur la population. C'est très général. À cette époque, je ne crois pas que quiconque ait le mandat d'avoir réponse à cette question.

La santé de la population, en elle-même, est une politique et une science relativement jeune, malgré le fait que la santé publique n'est pas un concept nouveau. La santé de la population et les disparités en matière de santé sont des concepts relativement nouveaux. Le rapport Lalonde a été déposé en 1973. Rien n'avait vraiment été fait avant cette année-là, et on peut se demander s'il était question ou non de la santé de la population. C'est une nouvelle science, et je ne sais pas au juste qui a le mandat d'assumer l'ensemble du leadership.

Cependant, je crois que le leadership est assumé dans certains domaines. L'ICIS et l'Inforoute Santé, de concert avec Statistique Canada, l'ASPC et Santé Canada — je crois qu'il s'agit principalement de l'ICIS et de l'Inforoute Santé —, ont reçu un

Ministers. They are to ensure that, in the development and the implementation of the EHR — and more particularly what is called the EMR, or the physician's office electronic file — we look at not just providing a system that would allow information to be shared between physicians such that they can provide clinical care to the patient but also to ensure that we think ahead. We are not that far way from those systems. We are implementing them, but this is the second wave of the major investment — Mr. Sheridan can correct me — for Health Infoway. We need to think about what are the content standards: not just the infrastructure standards and the messaging standards, but what we should collect. Should we collect ethnicity? With respect to postal code, should we validate postal code and geo-coding such that, for system and population health use, it would already be made available?

How do you take the information from those transactional-based systems and make a repository that effectively allows pan-Canadian data to be put into that repository, comparisons to be made, allow an understanding, in summary, of the great things they are doing in diabetes care, for example? They have small complications for deputies. What are they doing that other regions are not doing? In order to do that, you need a repository with a common standard.

Does that mean that the EHR and EMR should be the same across the country? No. One purpose is to organize care, and care is organized differently. There are community access centres in Ontario, CLSC in Quebec and the role of health regions in the western provinces. The way the system is organized is completely different, which may trigger a need for a specific type of information when you do a transaction at the physician level.

However, that should not prevent the creation of a mechanism — because you do not need to have a real data base — that would ensure that information is collected with some content standard to support the use of information for system use in determining what works or not in the system, but also for population health, and mainly primary health care.

There is some leadership being taken, but who has the mandate to create that population health infrastructure? CIHI would be pleased to play a role and be a partner; that is the way we work. We do not have any legislative authority. We cannot invoke the Statistics Act, but we can invoke goodwill. The information we produce will be useful, and we have been very successful, in the last 15 years, in doing so.

mandat à la suite de la Conférence des sous-ministres. Ils doivent s'assurer que, pour l'élaboration et la mise en oeuvre du dossier de santé électronique — et, plus particulièrement, ce qu'on appelle le dossier médical électronique, ou encore le dossier électronique du cabinet du médecin —, nous ne visons pas uniquement à nous doter d'un système qui permettrait la transmission de l'information entre les médecins afin qu'ils puissent fournir des soins cliniques aux patients, mais nous songeons aussi à l'avenir. Ces systèmes sont à portée de main. Nous en sommes à l'étape de la mise en oeuvre, mais il s'agit de la deuxième vague de l'important investissement — M. Sheridan peut me corriger — fait dans l'Inforoute Santé. Nous devons penser aux normes de contenu, non seulement aux normes d'infrastructure et aux normes de transmission de messages, mais également à l'information à recueillir. Devons-nous recueillir des données sur l'ethnicité? Et les codes postaux? Devrions-nous valider les codes postaux et la codification géographique de sorte qu'ils seraient déjà prêts à être utilisés dans le système et pour la santé de la population?

Comment faire pour récupérer l'information contenue dans les systèmes axés sur les transactions et créer un dépôt de données dans lequel on pourra regrouper efficacement les données de l'ensemble du Canada, comparer ces données et avoir une compréhension générale des traitements efficaces — pour les cas de diabète, par exemple? Il existe de petites difficultés dont les sous-ministres devraient être informés. Que font-ils que d'autres régions ne font pas? Pour y arriver, il est nécessaire d'avoir un dépôt de données qui est régi par une norme commune.

Est-ce que cela signifie que le dossier de santé électronique et le dossier médical électronique doivent être les mêmes dans l'ensemble du pays? Non. Un des objectifs est d'organiser les soins, et les soins sont organisés différemment. En Ontario, il y a les centres d'accès communautaire; au Québec, il y a les CLSC; et dans les provinces de l'Ouest, il y a les régions sanitaires. Le système est organisé d'une manière tout à fait différente; ainsi, il peut être nécessaire pour un médecin d'obtenir une information précise lorsqu'il doit intervenir.

Cependant, cela ne devrait pas empêcher la création d'un mécanisme — parce qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une vraie base de données — qui permettrait de s'assurer que l'information est recueillie selon certaines normes de contenu afin d'avoir des données qui peuvent être utilisées dans le système et de déterminer ce qui fonctionne ou non dans le système, et qu'il y a de l'information sur la santé de la population et, principalement, sur les soins de santé primaires.

Il y a un certain leadership, mais qui a le mandat de créer cette infrastructure sur la santé de la population? L'ICIS serait heureux d'avoir un rôle à jouer, d'être un partenaire. C'est ainsi que nous travaillons. Nous n'avons pas d'autorisation législative. Nous ne pouvons nous prévaloir de la Loi sur la statistique, mais nous pouvons invoquer la bonne volonté. L'information que nous produisons est utile et cela fait 15 ans que nous en produisons avec beaucoup de succès.

Someone needs to be mandated to take that lead, in partnership with the key stakeholders. Perhaps Statistics Canada is well placed because it has a census and can slice and dice it in different ways, but CIHI has effectively been, for the last 15 years, the repository of health information. We need to bring social services into the picture, but I think we need to mandate someone to take that leadership. Not another organization; we have enough. We need leadership, working in partnership more than through legislation; that is the key.

With respect to leadership, we need leadership in privacy or the public-good aspect. We have a Privacy Commissioner, but I have not seen a public-good commissioner. I know that is an image, and I know some privacy commissioners do take public good into account. I do not read everything on privacy, but I have not read a report that criticizes the fact that we are not using information we collect to make informed policy decisions, to make informed programs for the good of citizens. That role seems to be missing. We need that advocacy role.

CIHI is playing an advocacy role in terms of information, and that is why we work with partners — the provinces, health authorities and all the partners in the health care system and population health. That leadership role on showcasing why we must use the information collected on individuals to inform our debate as a society is a key to effectively improving the economy and health of the population.

This is not something new. One of the StatsCan buildings is called the Jean Talon building, because Jean Talon did a census in the early French colony just to figure out what the effects were in order to effectively plan the development of the colony. The concept of using aggregate information on individuals to make public good is really part of our culture. The census is that, but I do not see a role. Leadership needs to be established somewhere.

**The Chair:** We will now have a specific 45-minute discussion. Next we have Karen Dodds.

**Ms. Dodds:** I will come back to Senator Eggleton and Senator Callbeck's questions and then go forward, as you have asked us to, chair.

What is the architecture needed? I am not a techy person at all. When I was introduced to Infoway and had discussions with Mr. Sheridan and others about architecture and standards, I had a hard time understanding, as someone who uses information to make decisions and build policy, what he was talking about, what they were talking about with architecture and standards. I used

Quelqu'un doit être mandaté pour assumer la direction en partenariat avec les principaux intervenants. Statistique Canada est sans doute en bonne position, car elle dispose d'un recensement qu'elle peut décortiquer de différentes manières. Toutefois, au cours des 15 dernières années, l'ICIS a fait office de dépôt des données sur l'information sur la santé. Nous devons inclure les services sociaux, mais je crois que nous devons mandater quelqu'un pour prendre le leadership de cette démarche. Je ne parle pas de créer une nouvelle organisation, nous en avons suffisamment. Nous avons besoin de leadership, de travailler en partenariat plutôt qu'en application d'exigences législatives. C'est ça la solution.

En ce qui a trait au leadership, nous en avons besoin pour la protection des renseignements personnels ou le bien collectif. Nous avons une commissaire à la protection de la vie privée, mais pas de commissaire au bien collectif. Je sais qu'il s'agit d'une image, et je sais que certains commissaires à la protection de la vie privée tiennent compte du bien public. Je ne lis pas tout ce qui s'écrit sur la protection des renseignements personnels, mais je n'ai pas lu un seul rapport qui critique le fait que nous n'utilisons pas l'information recueillie pour prendre des décisions de politique éclairées et élaborer des programmes convenablement étayés pour le bien des citoyens. Ce rôle semble faire défaut. Nous avons besoin de ce rôle de défense des intérêts.

L'ICIS défend les intérêts en matière d'information et c'est pourquoi nous travaillons avec des partenaires : les provinces, les autorités sanitaires et tous les partenaires du système de soins de santé et de la santé de la population. Ce rôle de leadership qui met en évidence la raison pour laquelle nous devons utiliser l'information recueillie sur les individus pour enrichir notre débat de société est essentiel à l'amélioration de l'économie et de la santé de la population.

Ce n'est pas nouveau. Statistique Canada a donné à l'un de ses édifices le nom de Jean-Talon en souvenir de Jean Talon qui a procédé à un recensement de la colonie au début du régime français dans le simple but de se faire une idée de ce qui en ressortirait pour planifier efficacement le développement de la colonie. Le concept de l'utilisation de données globales à l'égard des individus pour le bien collectif fait réellement partie de notre culture. C'est ça le recensement, mais je ne vois pas là un rôle de leadership. Le leadership doit être assumé ailleurs.

**Le président :** Nous aurons maintenant une discussion de 45 minutes sur un sujet particulier. Nous cédonons la parole à Mme Karen Dodds.

**Mme Dodds :** Comme vous nous l'avez demandé, monsieur le président, j'aimerais revenir sur les questions du sénateur Eggleton et du sénateur Callbeck avant de poursuivre.

Quelle architecture est requise? Je ne suis pas du tout portée sur la technologie. Lorsqu'on m'a parlé pour la première fois de l'Inforoute et que j'ai discuté avec M. Sheridan et d'autres personnes de l'architecture et des normes, j'ai eu beaucoup de difficulté à comprendre de quoi il retournait, puisque j'utilise l'information pour prendre des décisions et élaborer des

different analogies and I think Mr. Frojmovic's is one I would also use. To me it is a question of: is it a highway or a railroad?

With the railroad, if you go back quite a bit in time, they had different gauges for the tracks, so you literally had to either change cars or do something else because you could not go from one rail company's system to another because you lacked standards. They standardized that and now you can move.

If you use video conferencing today, you are brought down to the lowest common denominator, and there are always glitches because we still do not have good standards. What Infoway is about for me is not architecture like a building; it is more architecture as in "We have chosen a highway or a railway" or "We have decided it is air." and then the standards.

Someone spoke of data and holding and sharing. For me, Infoway is about moving and using data. It is not about holding data and having someone go back continuously to share. It is about moving and using data. If you think of the complexity of the health care system in Canada, I wonder why we say "system" when there is absolutely no system. There are hundreds of thousands of points of care; there were country doctors and doctors going back a couple of centuries who took notes, and that started data. You cannot hope to rip and replace. You need to do it in a fashion that is sensitive. Dr. Keon and his practice at one point had a practice of keeping data. You have to build on it. To me, that is what Canada Health Infoway has done in working with the provinces and local levels. You cannot just look to Infoway for success because Infoway needs to work with the provinces, and the provinces and Infoway need to work together at the local level.

I really appreciate your diagram. If I think of Canada Health Infoway, we are building excellent systems about the health care system. The far right will have very good movable and usable data. Perhaps a little bit will be captured about personal health status. Obviously in most areas we will know gender, a little bit about biology and genetics, and almost nothing across the rest of the continuum.

You could use the Infoway-type model and then apply it to what Mr. Smith gave me in terms of Manitoba's population health research data repository. Looking at his example, after health, the next one he has is education and then social databases. You would walk your away across some of these different boxes and ask who we need to partner with next at the provincial and local level to begin moving and using that data. You could use an Infoway-type model to do that.

politiques. J'ai utilisé différentes analogies et je crois que j'utiliserais également celle de M. Frojmovic. Pour moi, la question est de savoir s'il s'agit d'une autoroute ou d'un chemin de fer.

Autrefois, les écartements de voies du chemin de fer étaient différents. Pour poursuivre son chemin, il fallait donc soit changer de voiture, soit opter pour un autre moyen, car il était impossible de passer du système d'une compagnie ferroviaire à celui d'une autre puisqu'il n'y avait pas de normes. L'ensemble des systèmes a été normalisé et on peut maintenant se déplacer.

Si on utilise la vidéoconférence, on est ramené au plus petit dénominateur. Il y a encore des déformations des signaux parce que nous n'avons toujours pas les bonnes normes. Pour moi, l'architecture de l'Inforoute n'est pas semblable à celle d'un édifice. Il s'agit plutôt de choisir entre l'autoroute ou la voie ferrée, ou encore d'opter pour la voie aérienne, puis de déterminer les normes qui s'appliquent.

Quelqu'un a parlé de la conservation et de l'échange des données. À mon avis, l'Inforoute consiste à transférer et à utiliser des données. Il ne s'agit pas d'un instrument pour conserver les données que quelqu'un doit continuellement aller consulter pour les partager. L'Inforoute consiste à transférer et à utiliser les données. Quand on pense à la complexité du système de soins de santé au Canada, je me demande pourquoi nous parlons de « système » alors qu'il n'y en a aucun. Il existe des centaines de milliers de points de services de santé. Il y a de cela deux siècles, des médecins de campagne et des médecins ont commencé à prendre des notes, et c'est ainsi qu'est née la collecte de données. On ne peut espérer tout effacer et recommencer. On doit le faire d'une manière sensible. Le Dr Keon et son équipe avaient, à un certain moment, l'habitude de conserver les données. On doit les mettre à profit. À mon avis, c'est ce que l'Inforoute Santé du Canada a fait en travaillant avec les provinces et le niveau local. À elle seule, l'Inforoute n'est pas garante de succès. Elle doit travailler avec les provinces, et les provinces et l'Inforoute doivent travailler de concert à l'échelle locale.

J'apprécie vraiment votre schéma. Quand je pense à l'Inforoute Santé du Canada, je trouve que nous élaborons d'excellents systèmes sur le système de soins de santé. L'extrême droite comprendra des données très mobiles et utilisables. Peut-être que très peu d'information sera recueillie sur l'état de santé des personnes. Il est clair que dans la plupart des régions nous obtiendrons des données sur le sexe, quelques données de nature biologique et génétique et presque rien sur le reste.

On pourrait utiliser le modèle de l'Inforoute puis l'appliquer à l'information que M. Smith m'a donnée relativement au dépôt des données de recherche sur la santé de la population du Manitoba. Outre la base de données sur la santé, il possède également des bases de données sur l'éducation et sur des questions sociales. On pourrait aller d'une case à une autre et se demander avec qui il faut ensuite établir un partenariat, à l'échelle provinciale et locale, pour commencer à transférer et à utiliser ces données. On pourrait utiliser un modèle semblable à celui de l'Inforoute pour ce faire.

There is no doubt that you need federal level activity, provincial level activity and local level activity. One of the things we all know about data is, if the person at the front-end level does not find it useful and easy, it will not work. You have to get right down to that level of granularity. For me, it is the moving and using that is important. Someone else talked about building bridges and connectivity. That is absolutely critical. Statistics Canada has years of experience, credibility and trust in terms of linkage. We can build on that.

Just to repeat what so many others have said: privacy is critically important. Many people will want to keep their personal health information and other personal aspects private. To echo Mr. Berthelot's comment as well, there is not a commissioner for public good. When I looked at what was being developed for Canada Health Infoway, and I have just been a year on the job, my assumption was that from the get-go people were thinking of all these other uses because I could not imagine that we would make the investment thinking that you would only get a return on the investment at the front-line, clinical level with a specific patient. I do not think that is what people had in mind. We do need to address privacy very carefully, but it should not stop us at all from working forward. It should just be one of those things that you take into account and on which you continue to work forward.

**The Chair:** In the interest of continuity, Mr. Smith, I will ask you to comment. We are supposed to break at eleven o'clock but if you go a few minutes beyond, the hook will not come out.

**Mr. Smith:** Thank you, Mr. Chairman. Referring to some of these comments about my prediction on it taking 20 years to understand this data, I hope I am wrong as well, but the reality is that before you start to understand it, you need to have access to the data. We do not know how long that process will take nor what privacy issues will be in place.

Getting back to your comment that you have a very simplistic view that the patient owns the data, a lot of doctors do not see it that way. They think they own the patient records. That is what we are talking about here, electronic patient records. We have to solve that hurdle. Then we need to get governments to organize that electronic record and provide it to the people who work with the data.

None of these data sources are transparent. It takes a lot of time and effort to try and understand them. Where do we find that capacity? Does it reside within the government itself? Generally, my experience has been no, it does not. Governments need to partner with people outside government

Il ne fait aucun doute qu'il est nécessaire d'avoir de l'information sur l'activité aux échelles fédérale, provinciale et locale. Une des choses que nous savons sur ces données est que si l'utilisateur ne les trouve pas utiles et simples d'utilisation, cela ne fonctionnera pas. On doit aller directement à ce niveau de détail. À mon avis, ce sont le transfert et l'utilisation des données qui sont importants. Quelqu'un d'autre a parlé d'établir des ponts et une connectivité. C'est essentiel. En ce qui a trait à l'établissement des liens, Statistique Canada compte des années d'expérience, de crédibilité et de confiance à cet égard. Nous pouvons les mettre à profit.

Pour répéter ce que tant d'autres personnes ont dit, la protection des renseignements personnels est de la plus haute importance. De nombreuses personnes souhaiteront que leur information personnelle en matière de santé et d'autres renseignements personnels demeurent confidentiels. Pour reprendre le commentaire de M. Berthelot, il n'existe pas de commissaire au bien public. Quand je regarde ce qui a été élaboré pour l'Inforoute Santé du Canada, et ça ne fait qu'un an que j'occupe ce poste, je suppose que les gens ont initialement pensé à toutes ses différentes utilisations. Je ne peux m'imaginer que nous fassions un tel investissement en pensant qu'il ne serait rentable qu'aux premières lignes, dans le cabinet du médecin avec un patient en particulier. Je ne pense pas que c'est ce que les gens avaient en tête. Nous devons porter une attention toute particulière à la protection des renseignements personnels, mais cela ne devrait pas nous empêcher d'aller de l'avant. Il ne devrait s'agir que d'une chose parmi toutes celles que nous devons prendre en considération pour poursuivre notre travail.

**Le président :** Pour des raisons de continuité, je demanderais à M. Smith de formuler ses commentaires. Une pause est prévue à 11 heures, mais nous ne vous couperons pas la parole si vous dépassiez de quelques minutes.

**M. Smith :** Merci, monsieur le président. En ce qui a trait à certains de ces commentaires sur ma prévision selon laquelle il faudra 20 ans pour comprendre ces données, j'espère également avoir tort. Toutefois, la réalité est qu'avant de commencer à les comprendre, on doit d'abord y avoir accès. Nous ne savons pas combien de temps durera ce processus, et nous ne connaissons pas les questions de protection des renseignements personnels qui se poseront.

Pour revenir à votre commentaire selon lequel vous avez une idée très simpliste, à savoir que les données appartiennent aux patients, bon nombre de médecins ne le voient pas de cette façon. Ils croient que les dossiers des patients leur appartiennent. C'est ce dont nous parlons ici : des dossiers électroniques des patients. Nous devons résoudre ce problème. Ensuite, nous devons demander aux gouvernements d'organiser ces dossiers électroniques et de les fournir aux gens qui travaillent avec les données.

Aucune de ces sources de données ne sont transparentes. Il faut beaucoup de temps et d'efforts pour essayer de les comprendre. Où trouvons-nous cette capacité? Résidé-t-elle au sein même du gouvernement? En général, mon expérience me dit que non. Les gouvernements doivent former des partenariats avec des gens à

because people who bring the methodology to this exercise do not often necessarily build their careers in government. They build it in academic institutions. We need that partnership there to understand the data.

We do not want to put all our eggs in that basket. To date, we have put a lot of eggs there, to take nothing away from Infoway. We have spent \$1.5 billion building a new, sophisticated and important clinical data collection system, but we have not spent an equal amount of resources trying to build capacity to take the data collected in those systems and turn it into knowledge, understanding and wisdom. If there is any leadership that can come from this group, it is that Canada does a great job of building data collection systems. We have them all over the place. How can we go beyond that and build systems that will exploit that into knowledge and understanding? Where will that capacity reside?

My other point, which has been made by others, is that when we talk about the electronic medical record, we are just addressing the issue of health. If we are to look at the determinants of health, we need to build those partnerships with other agencies that do not have new and sophisticated data collection systems.

There are some models in this country for how to collect the data. We need to build a layer on top of that to enable us to mine it and turn it into information that people in small areas can use. Community Accounts is a great model and a starting point, but it will not be the answer to the entire problems. We need to focus on investing at the level beyond the data collection level.

**The Chair:** Thank you, Mr. Smith.

We will now change topics and discuss gaps in data and the indicators. We will also have some discussion about Aboriginal people, ethnocultural groups and the barriers to the development of core surveys.

Mr. Wolfson, you are the first speaker of this session.

**Mr. Wolfson:** There are three distinct questions here. For the local neighbourhood data, two main sources provide the foundation, namely, the population census and various kinds of administrative data. Health data and vital statistics are the key ones, and they are censuses in and of themselves. However, people have been raising many other issues, for example, smoking, obesity, physical inactivity and the social services.

I previously mentioned the idea of strengthening the population census, and there are two issues: the first one is data that are directly useful, and the second is data that can be used for

l'extérieur du gouvernement parce que, souvent, les gens qui développent la méthodologie pour accomplir cet exercice ne font pas nécessairement évoluer leur carrière au sein du gouvernement. Ils la font évoluer dans des établissements universitaires. Il nous faut ce partenariat pour comprendre les données.

Nous ne voulons pas mettre tous nos œufs dans le même panier. À ce jour, nous en avons mis beaucoup, pour ne rien enlever à Inforoute. Nous avons dépensé 1,5 milliard de dollars pour créer un important et nouveau système de collecte de données cliniques sophistiqué, mais nous n'avons pas dépensé autant de ressources pour essayer de développer la capacité nécessaire à la transformation des données recueillies au moyen de ces systèmes en connaissances, en compréhension et en sagesse. S'il y a une volonté politique qui peut émaner de notre groupe, c'est que le Canada fait un excellent travail dans la création de systèmes de collecte de données. Ils sont partout. Comment pouvons-nous en faire davantage et créer des systèmes qui transformeront les données en connaissances et en compréhension? Où résidera cette capacité?

Mon autre point, qui a été soulevé par d'autres personnes, c'est que lorsque nous parlons du dossier médical électronique, nous ne faisons qu'aborder la question de la santé. Si nous voulons examiner les déterminants de la santé, nous devons établir ces partenariats avec d'autres organismes qui ne disposent pas de nouveaux systèmes de collecte de données sophistiqués.

Il existe certains modèles au Canada sur la façon de recueillir les données. Nous devons ajouter une couche au-dessus de ces modèles pour nous permettre d'exploiter les données et de les transformer en renseignements pouvant être utilisés par des personnes qui se trouvent dans de petites régions. Le modèle des comptes communautaires est un excellent modèle et un point de départ, mais il ne sera pas la réponse à tous les problèmes. Nous devons surtout veiller à investir à un niveau supérieur à celui de la collecte de données.

**Le président :** Merci, monsieur Smith.

Nous allons maintenant changer de sujet et parler des écarts dans les données et des indicateurs. Nous parlerons également des Autochtones, des groupes ethnoculturels et des obstacles à l'élaboration d'enquêtes de base.

Monsieur Wolfson, vous avez la parole en premier.

**M. Wolfson :** Il y a ici trois questions distinctes. En ce qui concerne les données locales ou régionales, deux sources principales constituent la fondation, notamment le recensement de la population et diverses sortes de données administratives. Les données sur la santé et les données de l'état civil en sont les principales, et elles constituent des recensements en soi. Toutefois, les gens soulèvent beaucoup d'autres questions, par exemple, l'usage du tabac, l'obésité, l'inactivité physique et les services sociaux.

J'ai déjà parlé de l'idée de renforcer le recensement de la population, ce qui soulève deux questions : la première concerne les données qui sont utiles directement, et la seconde concerne les

modelling and the ability to estimate or impute at a finer level of geography. That is beginning to sound technical.

Regarding Aboriginal people's health disparities, the Canadian community health survey covers about two thirds of the self-identified Aboriginal population. We do not go on-reserve. The First Nations communities would prefer to survey themselves. That is fine, except I get a little worried about two fundamental principles from the point of view of a national statistical system. The first principle is that the data must be, in large measure, comparable. There may be specific things that those communities would want to tailor to their own needs. The second principle is that the data be accessible, subject to the constraints of maintaining confidentiality of the microdata, and be freely merged, for example, with the CCHS. Let me note that that is not happening smoothly at the moment.

As for disparities among ethnocultural groups, the census is probably the best frame we have because we have a detailed set of questions on self-identified ethnic identity. It is a real challenge. My colleague here, Mr. Sheridan, in his previous life had a lot to do with the census, and he will know better than I that it is one of the toughest questions on the census.

It is not enough to have the data. We need the people who can make it sing and dance, who understand how to do it. Universities, I am sorry to say, are not doing a great job in this regard. I was talking to folks at one university, bemoaning the lack of quantitative skills in the people coming in. Part of the problem is the way in which they are being informed, but another part of it is the question of incentives for a young person to develop good, quantitative skills in this area. There is no career path afterwards. There is a need, if we are to be talking about developing capacity, to think not only about the training but also about where the young people find jobs afterwards. Without a good match there, it is not surprising that young people do not choose to go into that area of study.

**Dr. Neudorf:** Looking at the gaps issue, I would agree with what Mr. Wolfson just said. Insofar as the infrastructure needs at a local level, processes are in place to try to deal with some of the data gaps, but we are seeing the development, at a local level, of population health observatories occurring in some of the larger cities right now, where there are varying degrees of linkage with the university, but they are based very much in a practice environment. Similar to what you would have in a regional health authority looking at utilization statistics from a hospital, epidemiologists, medical officers and other people are analyzing population health data and looking at best practice and integrating that data together into the types of reports that are being used to monitor health disparities, health inequalities, et cetera.

données qui peuvent être utilisées comme modèles ainsi que la capacité d'estimer ou d'évaluer à un niveau géographique plus détaillé. Cela commence à paraître technique.

Pour ce qui est des disparités en santé chez les Autochtones, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes vise environ les deux tiers des habitants qui se sont identifiés comme Autochtones. Nous n'allons pas dans les réserves. Les communautés des Premières nations préfèrent mener elles-mêmes les enquêtes. Ça va, sauf que je m'inquiète un peu au sujet de deux principes fondamentaux du point de vue d'un système statistique national. Le premier principe, c'est que les données doivent être, en grande partie, comparables. Il peut y avoir des éléments précis que ces communautés voudraient adapter à leurs propres besoins. Le second principe, c'est que les données doivent être accessibles et assujetties aux contraintes liées au maintien de la confidentialité des microdonnées, et être fusionnées librement, par exemple, avec l'ESCC. Permettez-moi de souligner que cela ne se fait pas sans heurt actuellement.

Du côté des disparités parmi les groupes ethnoculturels, le recensement est probablement le meilleur outil que nous avons, parce qu'il renferme une série de questions détaillées sur l'identité ethnique. C'est un véritable défi. Mon collègue, M. Sheridan, avait beaucoup à voir avec le recensement dans sa vie antérieure, et il sait mieux que moi qu'il s'agit de l'une des questions les plus difficiles du recensement.

Ce n'est pas suffisant d'avoir les données. Nous avons besoin des personnes qui peuvent les faire parler, qui comprennent comment le faire. Je regrette de devoir dire que les universités ne font pas un bon travail à cet égard. J'ai parlé à des gens d'une université, qui déploraient le manque d'habiletés quantitatives chez les personnes qui y sont acceptées. Une partie du problème réside dans la façon dont elles sont informées, mais une autre partie concerne la question des incitatifs pour une jeune personne à développer de bonnes habiletés quantitatives dans ce domaine. Il n'y a pas de possibilité de carrière après ses études. Si nous sommes pour parler du développement de la capacité, il faut non seulement penser à la formation, mais également à l'endroit où les jeunes personnes pourront trouver un emploi après leurs études. Sans une bonne correspondance, il n'est pas surprenant que les jeunes personnes ne choisissent pas de s'inscrire dans ce domaine d'études.

**Dr Neudorf :** Si on examine la question des écarts, je suis d'accord avec ce que M. Wolfson vient de dire. Du côté des besoins en infrastructure au niveau local, des processus sont en place afin d'essayer de corriger certains des écarts dans les données; toutefois, nous constatons actuellement la mise sur pied, à un niveau local, d'observatoires sur la santé de la population dans certaines des grandes villes, où il existe divers degrés de liens avec l'université. Cependant, ils se situent surtout dans un environnement de pratiques. Un peu comme dans le cas d'une régie régionale de la santé qui cherche à utiliser les statistiques provenant d'un hôpital, des épidémiologistes, des médecins et d'autres personnes analysent les données sur la santé de la population, étudient les pratiques exemplaires et intègrent les données dans des rapports qui sont utilisées pour surveiller les disparités en santé, les inégalités en santé, et cetera.

What is lacking right now is a way to make sure that all of the country is covered with those types of observatories because there is a gap in that kind of analytic capacity in most provincial ministries. In some ways, it must be somewhat arm's length from that level of government as well. It needs to be, perhaps, a three-way agreement between provincial and local-regional health authorities and the university to get the mix of skills that you need. The ability to coordinate those groups, network them and make sure that all parts of the country has access to such a network, as they have done in the U.K. with their network of observatories, would certainly be useful.

Beyond that type of infrastructure we also noticed, when we tried to do some of this work together, that the standardized data is one issue but agreeing on small area local geographies has been a surprising barrier. We can get access to census data at a small area level, but for much of the other data, there is no agreement at the sort of nested small area geographies that can be aggregated up into the next level. We have been working with the Community Social Data Strategy and the Urban Public Health Network to get that kind of proposal together where we would agree among all the cities on the useful geographies for planning and policy making at a local level. If we could then go as a group to the data providers and tell them what the meaningful geographies are for us, it could be produced at once instead of having the independent requests we see right now.

What we are also missing is common agreement on the indicators of inequality, so that if we are looking at health disparities, a variety of income measures and indices of deprivation are being used. We need to agree on a small basket of those that Canada will use, and make sure that is available across the country. Similarly, we are working with the same group as well as CPHI, the Canadian Population Health Initiative, to come up with an agreement among the research group and the local level analysts on what that measure would be.

We are also working with First Nations groups locally. We found that it is complex, obviously, because there are multiple layers to work through within bands, tribal councils and federations of tribal councils as well as the Metis groups. We found, at a regional level, that by working with an individual tribal council first and getting a memorandum of understanding around sharing of data, we have been able to see from their perspective which issues need to be addressed. They have expressed to us that there are a number of reasons for looking at Aboriginal people's health disparities. The first is getting away from looking upon the issue of Aboriginal cultural as a risk factor. In fact, as we do the analysis with them and do a more holistic approach as to what the attributable risk is in these various determinants, in most cases Aboriginal status disappears from the analysis as a meaningful factor once you take into

Ce qui manque actuellement, c'est une façon de nous assurer que ces types d'observatoires étudient l'ensemble du pays, parce qu'il y a une lacune dans ce genre de capacité analytique dans la plupart des ministères provinciaux. À certains égards, la façon doit aussi être en quelque sorte indépendante de cet ordre de gouvernement. Il doit s'agir, peut-être, d'une entente tripartite entre les autorités provinciales et les autorités locales et régionales en matière de santé ainsi que les universités, pour obtenir la combinaison de compétences qu'il nous faut. La capacité de coordonner ces groupes, de les interconnecter et de s'assurer que toutes les régions du pays ont accès à un tel réseau, comme c'est le cas au Royaume-Uni avec son réseau d'observatoires, serait certainement utile.

Au-delà de ce type d'infrastructure, nous avons également remarqué, lorsque nous avons essayé d'exécuter une partie de ce travail ensemble, que les données normalisées sont une chose, mais que le fait de s'entendre sur de petites géographies locales a constitué un obstacle surprenant. Nous pouvons avoir accès aux données du recensement au niveau d'une petite région, mais pour la plupart des autres données, il n'existe aucune entente sur la sorte de petites géographies nichées qui peuvent être groupées au niveau supérieur. Nous travaillons avec la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales et avec le Réseau canadien pour la santé urbaine afin de formuler le genre de proposition dans laquelle nous nous entendrions sur les géographies utiles parmi toutes les villes, à des fins de planification et d'élaboration de politiques au niveau local. Si nous pouvions ensuite tous ensemble, parler aux fournisseurs de données et leur dire quelles géographies sont dignes d'intérêt pour nous, la proposition pourrait être rédigée rapidement, au lieu des demandes indépendantes que nous voyons actuellement.

Ce qui nous manque également, c'est une entente commune sur les indicateurs de l'inégalité, de façon que si nous examinons les disparités en santé, divers indices de défavorisation et diverses mesures du revenu sont utilisés. Nous devons nous entendre sur un petit nombre d'indices et de mesures que le Canada utilisera, et nous assurer qu'ils sont disponibles partout au pays. De même, nous travaillons avec le même groupe ainsi qu'avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne, l'ISPC, pour arriver à une entente parmi le groupe de recherche et les analystes au niveau local sur ce que cette mesure pourrait être.

Nous travaillons également avec des groupes des Premières nations au niveau local. Nous trouvons cela complexe, évidemment, en raison des multiples niveaux avec lesquels il faut travailler au sein des bandes, des conseils tribaux, des fédérations des conseils tribaux ainsi que des groupes métis. Au niveau régional, nous avons constaté qu'en travaillant d'abord avec un conseil tribal individuel pour obtenir un protocole d'entente sur l'échange de données, nous avons pu savoir, selon la façon des membres de voir les choses, quelles questions doivent être abordées. Ils nous ont indiqué qu'il existe plusieurs raisons d'examiner les disparités en santé chez les Autochtones. La première, c'est de cesser de considérer la question de la culture autochtone comme un facteur de risque. En fait, lorsque nous procédons à des analyses avec eux et que nous utilisons une approche plus holistique pour trouver le risque attribuable dans

modelling and the ability to estimate or impute at a finer level of geography. That is beginning to sound technical.

Regarding Aboriginal people's health disparities, the Canadian community health survey covers about two thirds of the self-identified Aboriginal population. We do not go on-reserve. The First Nations communities would prefer to survey themselves. That is fine, except I get a little worried about two fundamental principles from the point of view of a national statistical system. The first principle is that the data must be, in large measure, comparable. There may be specific things that those communities would want to tailor to their own needs. The second principle is that the data be accessible, subject to the constraints of maintaining confidentiality of the microdata, and be freely merged, for example, with the CCHS. Let me note that that is not happening smoothly at the moment.

As for disparities among ethnocultural groups, the census is probably the best frame we have because we have a detailed set of questions on self-identified ethnic identity. It is a real challenge. My colleague here, Mr. Sheridan, in his previous life had a lot to do with the census, and he will know better than I that it is one of the toughest questions on the census.

It is not enough to have the data. We need the people who can make it sing and dance, who understand how to do it. Universities, I am sorry to say, are not doing a great job in this regard. I was talking to folks at one university, bemoaning the lack of quantitative skills in the people coming in. Part of the problem is the way in which they are being informed, but another part of it is the question of incentives for a young person to develop good, quantitative skills in this area. There is no career path afterwards. There is a need, if we are to be talking about developing capacity, to think not only about the training but also about where the young people find jobs afterwards. Without a good match there, it is not surprising that young people do not choose to go into that area of study.

**Dr. Neudorf:** Looking at the gaps issue, I would agree with what Mr. Wolfson just said. Insofar as the infrastructure needs at a local level, processes are in place to try to deal with some of the data gaps, but we are seeing the development, at a local level, of population health observatories occurring in some of the larger cities right now, where there are varying degrees of linkage with the university, but they are based very much in a practice environment. Similar to what you would have in a regional health authority looking at utilization statistics from a hospital, epidemiologists, medical officers and other people are analyzing population health data and looking at best practice and integrating that data together into the types of reports that are being used to monitor health disparities, health inequalities, et cetera.

données qui peuvent être utilisées comme modèles ainsi que la capacité d'estimer ou d'évaluer à un niveau géographique plus détaillé. Cela commence à paraître technique.

Pour ce qui est des disparités en santé chez les Autochtones, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes vise environ les deux tiers des habitants qui se sont identifiés comme Autochtones. Nous n'allons pas dans les réserves. Les communautés des Premières nations préfèrent mener elles-mêmes les enquêtes. Ça va, sauf que je m'inquiète un peu au sujet de deux principes fondamentaux du point de vue d'un système statistique national. Le premier principe, c'est que les données doivent être, en grande partie, comparables. Il peut y avoir des éléments précis que ces communautés voudraient adapter à leurs propres besoins. Le second principe, c'est que les données doivent être accessibles et assujetties aux contraintes liées au maintien de la confidentialité des microdonnées, et être fusionnées librement, par exemple, avec l'ESCC. Permettez-moi de souligner que cela ne se fait pas sans heurt actuellement.

Du côté des disparités parmi les groupes ethnoculturels, le recensement est probablement le meilleur outil que nous avons, parce qu'il renferme une série de questions détaillées sur l'identité ethnique. C'est un véritable défi. Mon collègue, M. Sheridan, avait beaucoup à voir avec le recensement dans sa vie antérieure, et il sait mieux que moi qu'il s'agit de l'une des questions les plus difficiles du recensement.

Ce n'est pas suffisant d'avoir les données. Nous avons besoin des personnes qui peuvent les faire parler, qui comprennent comment le faire. Je regrette de devoir dire que les universités ne font pas un bon travail à cet égard. J'ai parlé à des gens d'une université, qui déploraient le manque d'habiletés quantitatives chez les personnes qui y sont acceptées. Une partie du problème réside dans la façon dont elles sont informées, mais une autre partie concerne la question des incitatifs pour une jeune personne à développer de bonnes habiletés quantitatives dans ce domaine. Il n'y a pas de possibilité de carrière après ses études. Si nous sommes pour parler du développement de la capacité, il faut non seulement penser à la formation, mais également à l'endroit où les jeunes personnes pourront trouver un emploi après leurs études. Sans une bonne correspondance, il n'est pas surprenant que les jeunes personnes ne choisissent pas de s'inscrire dans ce domaine d'études.

**Dr Neudorf :** Si on examine la question des écarts, je suis d'accord avec ce que M. Wolfson vient de dire. Du côté des besoins en infrastructure au niveau local, des processus sont en place afin d'essayer de corriger certains des écarts dans les données; toutefois, nous constatons actuellement la mise sur pied, à un niveau local, d'observatoires sur la santé de la population dans certaines des grandes villes, où il existe divers degrés de liens avec l'université. Cependant, ils se situent surtout dans un environnement de pratiques. Un peu comme dans le cas d'une régie régionale de la santé qui cherche à utiliser les statistiques provenant d'un hôpital, des épidémiologistes, des médecins et d'autres personnes analysent les données sur la santé de la population, étudient les pratiques exemplaires et intègrent les données dans des rapports qui sont utilisées pour surveiller les disparités en santé, les inégalités en santé, et cetera.

What is lacking right now is a way to make sure that all of the country is covered with those types of observatories because there is a gap in that kind of analytic capacity in most provincial ministries. In some ways, it must be somewhat arm's length from that level of government as well. It needs to be, perhaps, a three-way agreement between provincial and local-regional health authorities and the university to get the mix of skills that you need. The ability to coordinate those groups, network them and make sure that all parts of the country has access to such a network, as they have done in the U.K. with their network of observatories, would certainly be useful.

Beyond that type of infrastructure we also noticed, when we tried to do some of this work together, that the standardized data is one issue but agreeing on small area local geographies has been a surprising barrier. We can get access to census data at a small area level, but for much of the other data, there is no agreement at the sort of nested small area geographies that can be aggregated up into the next level. We have been working with the Community Social Data Strategy and the Urban Public Health Network to get that kind of proposal together where we would agree among all the cities on the useful geographies for planning and policy making at a local level. If we could then go as a group to the data providers and tell them what the meaningful geographies are for us, it could be produced at once instead of having the independent requests we see right now.

What we are also missing is common agreement on the indicators of inequality, so that if we are looking at health disparities, a variety of income measures and indices of deprivation are being used. We need to agree on a small basket of those that Canada will use, and make sure that is available across the country. Similarly, we are working with the same group as well as CPHI, the Canadian Population Health Initiative, to come up with an agreement among the research group and the local level analysts on what that measure would be.

We are also working with First Nations groups locally. We found that it is complex, obviously, because there are multiple layers to work through within bands, tribal councils and federations of tribal councils as well as the Metis groups. We found, at a regional level, that by working with an individual tribal council first and getting a memorandum of understanding around sharing of data, we have been able to see from their perspective which issues need to be addressed. They have expressed to us that there are a number of reasons for looking at Aboriginal people's health disparities. The first is getting away from looking upon the issue of Aboriginal cultural as a risk factor. In fact, as we do the analysis with them and do a more holistic approach as to what the attributable risk is in these various determinants, in most cases Aboriginal status disappears from the analysis as a meaningful factor once you take into

Ce qui manque actuellement, c'est une façon de nous assurer que ces types d'observatoires étudient l'ensemble du pays, parce qu'il y a une lacune dans ce genre de capacité analytique dans la plupart des ministères provinciaux. À certains égards, la façon doit aussi être en quelque sorte indépendante de cet ordre de gouvernement. Il doit s'agir, peut-être, d'une entente tripartite entre les autorités provinciales et les autorités locales et régionales en matière de santé ainsi que les universités, pour obtenir la combinaison de compétences qu'il nous faut. La capacité de coordonner ces groupes, de les interconnecter et de s'assurer que toutes les régions du pays ont accès à un tel réseau, comme c'est le cas au Royaume-Uni avec son réseau d'observatoires, serait certainement utile.

Au-delà de ce type d'infrastructure, nous avons également remarqué, lorsque nous avons essayé d'exécuter une partie de ce travail ensemble, que les données normalisées sont une chose, mais que le fait de s'entendre sur de petites géographies locales a constitué un obstacle surprenant. Nous pouvons avoir accès aux données du recensement au niveau d'une petite région, mais pour la plupart des autres données, il n'existe aucune entente sur la sorte de petites géographies nichées qui peuvent être groupées au niveau supérieur. Nous travaillons avec la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales et avec le Réseau canadien pour la santé urbaine afin de formuler le genre de proposition dans laquelle nous nous entendrions sur les géographies utiles parmi toutes les villes, à des fins de planification et d'élaboration de politiques au niveau local. Si nous pouvions ensuite tous ensemble, parler aux fournisseurs de données et leur dire quelles géographies sont dignes d'intérêt pour nous, la proposition pourrait être rédigée rapidement, au lieu des demandes indépendantes que nous voyons actuellement.

Ce qui nous manque également, c'est une entente commune sur les indicateurs de l'inégalité, de façon que si nous examinons les disparités en santé, divers indices de défavorisation et diverses mesures du revenu sont utilisés. Nous devons nous entendre sur un petit nombre d'indices et de mesures que le Canada utilisera, et nous assurer qu'ils sont disponibles partout au pays. De même, nous travaillons avec le même groupe ainsi qu'avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne, l'ISPC, pour arriver à une entente parmi le groupe de recherche et les analystes au niveau local sur ce que cette mesure pourrait être.

Nous travaillons également avec des groupes des Premières nations au niveau local. Nous trouvons cela complexe, évidemment, en raison des multiples niveaux avec lesquels il faut travailler au sein des bandes, des conseils tribaux, des fédérations des conseils tribaux ainsi que des groupes métis. Au niveau régional, nous avons constaté qu'en travaillant d'abord avec un conseil tribal individuel pour obtenir un protocole d'entente sur l'échange de données, nous avons pu savoir, selon la façon des membres de voir les choses, quelles questions doivent être abordées. Ils nous ont indiqué qu'il existe plusieurs raisons d'examiner les disparités en santé chez les Autochtones. La première, c'est de cesser de considérer la question de la culture autochtone comme un facteur de risque. En fait, lorsque nous procédons à des analyses avec eux et que nous utilisons une approche plus holistique pour trouver le risque attribuable dans

account poverty, education and employment issues. The real underlying question is why the First Nation population is so disproportionately represented in poverty, housing problems, unemployment and so forth.

Getting back to what some of the work has shown in other countries, and from research in Canada, there is a need to look at the underlying systemic issues around discrimination, racism issues, and in some cases to target programming that may be very effective at a population level but ineffective for First Nations. We end up increasing the health disparity group, although we are successful at making improvements at a population level.

Partnership has been the key in terms of involving the tribal council locally, right from the start, not only in designing the project and planning the programming but also, as much as possible, in working with them so that the delivery of the program is being done by First Nations groups as well to decrease those health disparities.

The approach we are taking from a data perspective here is to layer and link data, wherever possible, using the self-identified data that First Nations have given to the census and administrative data bank, and to work with them on, perhaps, a First Nations controlled unique identifier where they will have control as to when and how that data is applied so that it is used in the appropriate way, and they are taking more of a leadership role.

**The Chair:** Thank you very much.

**Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice, Public Health Agency of Canada:** I wanted to emphasize a previous point, namely, the isolation of some of the discussion. I am having trouble focusing on this because it seems to be mostly around more data acquisition than how to get more from the data. It has been mentioned a few times that we are not really taking advantage of the existing data that we have. My roots are that of the simple country doctor to which Karen Dodds alluded. I have taken a more simplistic approach over the last decade or so, trying to set up a couple of chronic disease surveillance systems. However, we could not deal with the data that we had. We were looking at cardiovascular issues and the country had 80 or 90 different databases that had value for surveillance, but we did not have the people to access that information, let alone do some of the knowledge-based analysis.

ces divers déterminants, dans la plupart des cas, le fait d'être Autochtone disparaît de l'analyse en tant que facteur important, une fois qu'on prend en considération les questions de pauvreté, d'éducation et d'emploi. La vraie question qu'il faut se poser, c'est pourquoi la population des Premières nations est représentée de manière si disproportionnée lorsqu'on parle de pauvreté, de problèmes de logement, de chômage, et cetera.

Pour revenir à ce que certains travaux ont donné dans d'autres pays, et aux résultats de recherches au Canada, il faut examiner les problèmes systémiques sous-jacents entourant la discrimination, les questions raciales et, dans certains cas, cibler les programmes qui peuvent s'avérer très efficaces dans le cas de la population, mais inefficace dans le cas des Premières nations. Au bout du compte, nous augmentons le groupe sur les disparités en santé, même si nous réussissons à apporter des améliorations au niveau de la population.

Le partenariat est l'élément essentiel pour faire participer le conseil tribal au niveau local, dès le départ, pas seulement pour concevoir le projet et planifier les programmes, mais également, autant que possible, pour travailler avec lui afin que le programme soit exécuté par des groupes de Premières nations et que les disparités en santé diminuent.

L'approche que nous adoptons du point de vue des données, c'est de diviser les données en couches et de les relier, dans la mesure du possible, au moyen des données d'auto identification que les Premières nations ont fournies à la banque de données administratives et lors du recensement, et de travailler avec elles par l'entremise, peut-être, d'un identificateur unique contrôlé par les Premières nations; elles contrôleraient alors le moment où les données seraient appliquées ainsi que la façon dont elles le seraient, afin que les données soient utilisées de manière appropriée, et que les Premières nations jouent davantage un rôle de direction.

**Le président :** Merci beaucoup.

**Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada :** J'aimerais insister sur un point soulevé précédemment, notamment l'isolation d'une partie de la discussion. J'ai de la difficulté à me concentrer sur la discussion, parce qu'elle semble porter surtout sur l'acquisition de données plutôt que sur la façon d'obtenir davantage à partir des données. On a mentionné quelques fois que nous ne tirons pas vraiment avantage des données existantes qui sont à notre disposition. Mes racines sont celles du simple docteur de campagne auquel Karen Dodds a fait allusion. J'ai adopté une approche plus simpliste au cours de la dernière décennie, pour essayer de mettre sur pied deux ou trois systèmes de surveillance des maladies chroniques. Toutefois, nous ne pouvions pas utiliser les données que nous avions. Nous examinions les problèmes cardiovasculaires et le pays disposait de 80 ou 90 banques de données différentes qui étaient d'intérêt pour la surveillance, mais nous n'avions pas les personnes nécessaires pour accéder à l'information, encore moins pour effectuer une partie de l'analyse axée sur les connaissances.

When electronic health records come online, the floodgates will be open to this data. I am not sure that we will be able to cope with that. We are having a hard enough time with the existing data, not only doing the quantitative analysis but also the qualitative analysis, which is defeated in the policy-making decision. We are not doing that with existing data. If we are to be talking about data access, at the same time we need to be talking about building the capacity at the local level, at the intermediate level and at the national level to do something with it or it will be data for the sake of data; it will not move the yardstick.

Talking about gaps, it seems that it is a gap in training, a gap in people and a gap in some of the other things that support this infrastructure as we move forward. If we do not address that, I am not sure the investment will return much.

**Senator Cook:** Thank you all for coming here this morning. I should say at the outset that I am challenged by the wealth of information that I am receiving this morning. You need to understand that for me personally, I am a very ordinary person sitting here attempting to do an extraordinary thing. With that, I will ask Mr. Wolfson my question that sparked my hands to go up.

Did I hear you say that Statistics Canada does not go on reserve to gather information?

**Mr. Wolfson:** You did indeed hear me say that, although I should probably clarify that. In the case of the population census, we certainly endeavour to go on reserves and we get about 80 per cent of the reserves collaborating. In the case of the Canadian Community Health Survey, we do not endeavour to go on reserves or on military bases or into extremely remote areas.

**Senator Cook:** Do they have the equivalent service — that is, do they have a person to do that work on the reserve that you do for the rest of us?

**Mr. Wolfson:** Health Canada has funded something called the Regional Health Survey, which is an on-reserve survey that is managed by the Aboriginal community. I think it is the National Aboriginal Health Organization, NAHO.

**Senator Cook:** What would be the relationship between the two entities, Statistics Canada and this new one?

**Mr. Wolfson:** It is weak. There is something called the First Nations Statistical Institute that has been established in legislation. The Chief Statistician is an ex officio member of the board. I am not deeply familiar with FNSI. It has been set up in large part to handle self-government issues and to collect data, for example, on reserve with respect to national counts-type information. It is a potential structure, but I am not sure. You should ask someone who knows better what the relationship of the health survey on reserve is to FNSI.

Quand les dossiers de santé électroniques seront mis en ligne, les vannes s'ouvriront à ces données. Je ne suis pas certain que nous serons en mesure de composer avec cela. Nous avons déjà assez de difficulté à composer avec les données existantes, non seulement à faire l'analyse quantitative, mais également l'analyse qualitative, qui est rejetée lors de la prise de décisions stratégiques. Nous ne faisons pas cela avec les données existantes. Si nous voulons parler de l'accès aux données, nous devons également parler de la mise sur pied de la capacité aux niveaux local, intermédiaire et national, afin de faire quelque chose avec les données, ou il s'agira de données pour données; ça ne fera pas avancer les choses.

Pour ce qui est des lacunes, il semble y avoir une lacune en formation, une lacune en ressources humaines et une lacune dans certains autres éléments qui appuient cette infrastructure à mesure que nous progressons. Si nous ne les corrigeons pas, je ne suis pas convaincu que l'investissement rapportera beaucoup.

**Le sénateur Cook :** Merci à tous d'être ici ce matin. Je dois dire d'emblée que la mine d'informations que je reçois ce matin me donne du fil à retordre. Vous devez comprendre que, personnellement, je suis une personne très ordinaire qui essaie d'accomplir une chose extraordinaire. Cela dit, je vais poser à M. Wolfson la question qui m'a poussée à lever la main.

Avez-vous dit que Statistique Canada ne se rend pas dans les réserves pour recueillir de l'information?

**M. Wolfson :** C'est ce que j'ai dit, en effet, mais je devrais probablement apporter quelques précisions. Dans le cas du recensement de la population, nous nous efforçons certainement d'aller dans les réserves, et environ 80 p. 100 des réserves collaborent. Dans le cas de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, nous ne tentons pas de nous rendre dans les réserves ou sur les bases militaires ou dans des régions extrêmement éloignées.

**Le sénateur Cook :** Ont-ils un service équivalent, c'est-à-dire y a-t-il une personne dans la réserve qui effectue le travail que vous effectuez pour le reste de la population?

**M. Wolfson :** Santé Canada a financé une initiative appelée l'Enquête régionale sur la santé, une enquête menée dans les réserves, qui est gérée par la communauté autochtone. Je crois que c'est l'Organisation nationale de la santé autochtone, l'ONSA.

**Le sénateur Cook :** Quelle serait la relation entre les deux entités, Statistique Canada et ce nouvel organisme?

**M. Wolfson :** Elle est faible. Un organisme appelé l'Institut de la statistique des Premières nations a été créé en vertu d'une loi. Le statisticien en chef est membre d'office du conseil. Je ne connais pas très bien l'ISPN. Il aurait été mis sur pied en grande partie pour traiter des questions d'autonomie gouvernementale et pour recueillir des données dans les réserves, par exemple, en ce qui concerne l'information nationale de type comptée. Il s'agit d'une structure éventuelle, mais je n'en suis pas certain. Vous devriez demander à quelqu'un qui connaît mieux que moi la relation entre l'Enquête sur la santé dans les réserves et l'ISPN.

**Senator Cook:** Would I be fair in assuming that that is a gap in the system, from our perspective in trying to write this report?

**Mr. Wolfson:** I think it is an important gap, yes.

**Senator Cook:** Whoever wishes to answer this next question may do so. It is on the residential schools. I am a member of the United Church of Canada and I have been wrestling with this for a long time. We had the apology. We hear about healing circles and about all kinds of measures designed to help First Nations people through that terrible period of their history.

From our perspective, would you consider that what happened there would constitute, in our language, a health disparity among those people?

**Mr. Wolfson:** I do not think there is any question that those experiences are fundamental to health, conceived broadly. Many of the experiences had adverse effects.

**Senator Cook:** Does anyone have any solution as to how to approach it? We must do so. Please, I would like an opinion or two. We are dealing with a report that is for all of us. We are trying to look at the gaps in the system and how better we might serve people — all people, no matter where they live. Someone needs to help me find that road map. If we are to help each other and if we are to be idealistic, putting a healthy mind in a healthy body in order to be the best that we can be, we cannot afford to leave anyone behind. My sense is that there are gaps that we need to talk about and to address and move forward.

**Mr. Wolfson:** If I can throw out a couple of ideas, it is a very painful and acute example of a health problem, or a problem that does have major health ramifications. An obvious question that comes to my mind is: What interventions can we consider or are being tried? Of those that are being tried, do they work? I think this is a generic issue for all of our health interventions. If we want to understand what they are doing, we need to have a sensitive way of determining people's health status and their more general well-being, I would think, in this case before and after the intervention. The statistician in me says that I would like to have some reasonably strong empirical foundation for being able to judge whether people are feeling better off and are better off in the many aspects that are relevant.

In this particular case, it is absolutely essential that the First Nations communities themselves be involved intimately in defining those outcomes. As I turn back to being more of a statistician, it should not be just some folks at Statistics Canada designing a questionnaire. Someone who appreciates the full depth and breadth of what this has meant should be there to do that.

Healing circles may be a good idea; they may work better in some communities than others. Disentangling that, and what was the ingredient that made it work better in some communities than

**Le sénateur Cook :** Serait-il juste de ma part de présumer qu'il s'agit d'une lacune dans le système, de notre point de vue, puisque nous essayons de rédiger ce rapport?

**M. Wolfson :** Oui, je crois qu'il s'agit d'une lacune importante.

**Le sénateur Cook :** Quiconque souhaite répondre à la prochaine question peut le faire. Elle porte sur les pensionnats indiens. Je suis membre de l'Église Unie du Canada et je me débats avec cette question depuis longtemps. Il y a eu les excuses. Nous entendons parler de cercles de guérison et de toutes sortes de mesures conçues pour aider les Premières nations à traverser cette terrible période de leur histoire.

De notre point de vue, estimeriez-vous que ce qui s'est passé dans les pensionnats constituerait, dans notre langage, une disparité en santé parmi ces personnes?

**M. Wolfson :** Il est incontestable que ces expériences sont fondamentales à la santé, au sens large. Bon nombre de ces expériences ont eu des effets négatifs.

**Le sénateur Cook :** Quelqu'un a-t-il une solution quant à la façon d'aborder le problème? Nous devons le faire. J'aimerais s'il vous plaît avoir un ou deux avis. Nous sommes en train de préparer un rapport qui est destiné à nous tous. Nous essayons d'examiner les lacunes dans le système et la façon dont nous pouvons mieux servir les gens, tout le monde, peu importe où ils vivent. Quelqu'un doit m'aider à trouver cette feuille de route. Si nous voulons nous aider mutuellement, si nous voulons être idéalistes et avoir un esprit sain dans un corps sain afin d'être à notre meilleur, nous ne devons laisser personne pour compte. Je crois qu'il y a des lacunes dont nous devons parler et corriger pour progresser.

**M. Wolfson :** Si je peux lancer deux ou trois idées, c'est un exemple dramatique et très douloureux d'un problème de santé ou d'un problème qui a des incidences importantes sur la santé. La question évidente qui me vient à l'esprit est la suivante : Quelles interventions pouvons-nous envisager ou sont actuellement réalisées? Est-ce que celles qui sont actuellement réalisées donnent des résultats? Je crois qu'il s'agit d'une question générale qui touche l'ensemble de nos interventions en santé. Si nous voulons comprendre ce qu'ils font, nous devons avoir une façon délicate de déterminer l'état de santé des gens, ainsi que leur mieux-être général, je crois, dans ce cas-ci avant et après l'intervention. Le statisticien en moi dit que j'aimerais avoir une fondation empirique raisonnablement forte pour être en mesure de juger si les gens se sentent mieux et s'ils vont mieux dans les nombreux aspects qui sont pertinents.

Dans ce cas en particulier, il est absolument essentiel que les communautés des Premières nations participent de près à la définition des résultats. Si je pense davantage en tant que statisticien, le questionnaire ne devrait pas seulement être conçu par Statistique Canada. Quelqu'un qui apprécie toute la profondeur et l'ampleur de ce qu'ont signifié ces expériences devrait également y participer.

Les cercles de guérison peuvent être une bonne idée; ils peuvent donner de meilleurs résultats dans certaines communautés que dans d'autres. Selon moi, la question fondamentale pour essayer

others — because I bet dollars to doughnuts they are not working equally well — strikes me as the fundamental question in trying to understand this situation and addressing it.

**Mr. Hollett:** We had strong interest by Aboriginal groups and First Nations in the Community Accounts. Mr. Wolfson has more experience than I do; I have only seen two smaller pieces of the puzzle. Part of what I have seen there, I am seeing here this morning, in a sense. We talk about gaps without first talking about what the needs are. If you do not know what the needs are, you do not know what you have. Therefore, I would argue that you cannot really talk about gaps unless someone has a particular need that they understand well for which they say, "Here is this need, so there is a gap associated with that."

In general, in my view and experience, that is not the right way to start. The problem as it might relate to First Nations and Aboriginal groups is the same sort of thing. When we talk to them, as I have done so many times for many hours, the fundamental problem is that they feel that when we collect data from them we use it against them. That is the first issue.

Second, we try to collect data about these groups but we collect it from our perspective. When you sit down and you talk to them about data that they need, they all agree that health is important and employment is important, and so on. Many of the same domains that we would argue are important are seen as important, but it has to be put in the context of their world view. From our experience, it is not done that way. They do not really have very much interest in talking to you.

They like the Community Accounts and there are two reasons why they like it. First, they feel the Community Accounts is interested in the user — the receiver of the data, the people whose lives it talks about — and second, we talk about it in a broader context. We do not talk about just crime statistics or health statistics. They like the approach of talking about all the different aspects of life in those communities.

I had a discussion with people from some of our First Nations communities last week. Two weeks before that, I did a presentation in Toronto and someone started asking me questions about developing data for Aboriginal groups in Newfoundland. I consistently responded that I would never do that. I would not, though Statistics Canada could or would, for whatever reasons. However, I would never try to do that without full engagement with the community because the risk of stigmatizing would be too great.

It is just another way of saying that, from my perspective, you really have to work with them in order to be effective at dealing with them. I know there are gaps in our province, without

de comprendre la situation et la régler consiste à démêler tout ça et à comprendre quel ingrédient a fait en sorte que les cercles de guérison ont donné de meilleurs résultats dans certaines communautés que d'autres, parce qu'il y a fort à parier qu'ils ne donnent pas de bons résultats partout.

**M. Hollett :** Des groupes autochtones et des Premières nations se sont montrés très intéressés par les comptes communautaires. M. Wolfson a une plus grande expérience que moi: je n'ai vu que deux petits morceaux du casse-tête. D'une certaine façon, je constate ce matin une partie de ce que j'ai déjà constaté. Nous parlons des lacunes sans parler d'abord des besoins. Si on ne sait pas quels sont les besoins, on ne sait pas ce qu'on a. Par conséquent, je dirais qu'on ne peut pas vraiment parler de lacunes à moins qu'une personne ait exprimé un besoin particulier qu'elle comprend bien et qu'elle dise : « Voici tel besoin, et il y a une lacune qui y est associée. »

En général, à mon avis et selon mon expérience, ce n'est pas la bonne façon de commencer. Le problème qui peut être lié aux Premières nations et aux groupes autochtones est le même. Lorsque nous leur parlons, comme je l'ai fait à de nombreuses reprises pendant de longues heures, le problème fondamental, c'est qu'ils croient que nous leur demandons de fournir des données afin de les utiliser contre eux. C'est le premier problème.

Deuxièmement, nous essayons de recueillir des données au sujet de ces groupes, mais nous les recueillons sous notre angle. Lorsqu'on parle avec eux des données dont ils ont besoin, ils s'entendent tous pour dire que la santé est importante, que l'emploi est important, et cetera. Bon nombre des mêmes domaines qui selon nous sont importants sont également considérés comme importants, mais ils doivent s'inscrire dans le contexte de leur vision du monde. Selon notre expérience, ça ne se fait pas de cette façon. Ils ne sont pas vraiment intéressés à nous parler.

Les comptes communautaires leur plaisent, et il y a deux raisons pour cela. D'abord, ils sont d'avis que les comptes communautaires s'intéressent à l'utilisateur — le receveur des données, les gens dont la vie est racontée par les données — et ensuite, les comptes communautaires parlent des données dans un contexte plus large. Ils ne parlent pas uniquement des statistiques sur les crimes ou la santé. Les Premières nations et les groupes autochtones apprécient l'approche qui consiste à parler de tous les différents aspects de la vie dans les communautés.

La semaine dernière, j'ai parlé avec des membres de certaines communautés des Premières nations. Deux semaines auparavant, j'ai présenté un exposé à Toronto, et quelqu'un a commencé à me poser des questions au sujet de la conception de données pour des groupes autochtones à Terre-Neuve. J'ai toujours répondu que je ne le ferais jamais. Je ne le ferais pas, même si Statistique Canada pourrait ou voudrait le faire, pour une raison ou une autre. Toutefois, je n'essaierais jamais de le faire sans avoir obtenu un engagement entier de la communauté, parce que le risque de stigmatiser serait trop grand.

Ce n'est qu'une autre façon de dire, selon moi, qu'on doit vraiment travailler avec eux afin de traiter efficacement avec eux. Je sais qu'il y a des lacunes dans notre province, sans connaître les

knowing the needs — I will go that far and undermine my own assertion to that extent. We may not get every piece of data that we need now; we may get part of it as a trade-off for engagement by these various groups because they are getting data that they need, if that makes sense to you. I do not think you will have as high a level of success if you dictate what should be done in terms of data collection for Aboriginal communities if you are looking at it only from your own perspective. I think you would get more benefit for both parties if you take a more innovative approach.

**Senator Cook:** You said you went to Australia twice. Was there any interaction with the Aboriginal people of Australia when they were trying to do their —

**Mr. Hollett:** There was some interaction, but I did not connect with them very much myself.

**Senator Cook:** Did the country acknowledge the need or the gap?

**Mr. Hollett:** Yes, they did. It is a similar issue: They have the Aboriginals there who have a different world view and a different sense of values; the land is more important; wildlife and that sort of thing is the same as it is here, except for the species. The issues will be quite different in terms of social versus economic, and so on. I understand, however, that there is a key interest in having Aboriginals involved and the Australian Bureau of Statistics is being cautious but proactive in doing that.

**Senator Pépin:** If you want to have the full participation of that group, is it possible then to have them involved, in other words to hire them? We have many presentations from those communities and many of them have qualifications to work at different levels, but they are not included. Would it be possible for you to include someone from the Native community to be part of your work? Maybe it will be much easier after that to have them collaborate and to have access to the information you are looking for.

**Mr. Hollett:** People from First Nations have come to my office on numerous occasions. There are two main barriers that have kept them from moving along and having their own version of Community Accounts right now. The first barrier has been in trying to organize the First Nations Statistical Institute, and trying to obtain the resources to do that. However, they were 100 per cent on board with working with us to the extent that they asked us if we would work with them, come to their communities, learn about their culture, learn about their economy, learn about their issues and build a version of Community Accounts, modified and based upon their views on what was necessary. They also wanted us to build and maintain that for them for a minimum of five years.

It is possible to achieve trust, but it goes back to what I said: You do not just do something and say, "This will be good for you because I think it is." You need to come at it from a different direction.

besoins, je peux dire au moins cela et compromettre ma propre déclaration à cet égard. Nous ne pouvons peut-être pas obtenir toutes les données dont nous avons besoin maintenant: nous pouvons peut-être en obtenir une partie en échange de l'engagement de ces divers groupes, parce qu'ils obtiennent les données dont ils ont besoin, si vous comprenez ce que je veux dire. Je ne crois pas que le niveau de succès sera élevé si on dicte ce qui doit être fait sur le plan de la collecte des données pour les communautés autochtones, si on la considère de notre point de vue seulement. Je crois qu'il serait plus avantageux pour les deux parties d'adopter une approche plus innovatrice.

**Le sénateur Cook :** Vous avez dit que vous êtes allé en Australie deux fois. Y avait-il une interaction avec les Aborigènes d'Australie lorsqu'ils essayaient de faire leur...

**M. Hollett :** Il y avait une certaine interaction, mais je ne suis pas vraiment entré en contact avec eux.

**Le sénateur Cook :** Le pays a-t-il reconnu le besoin ou la lacune?

**M. Hollett :** Oui. Le problème est similaire : les Aborigènes ont une vision différente du monde et des valeurs différentes; la terre est plus importante, la faune et ce genre de choses sont pareilles à ce que nous avons ici, à l'exception des espèces. Les questions sont très différentes sur le plan social par rapport à l'économie, « et cetera ». Toutefois, je comprends qu'il existe un grand intérêt à faire participer les Aborigènes, et l'Australian Bureau of Statistics est prudent mais proactif à cet égard.

**Le sénateur Pépin :** Si on veut obtenir l'entièvre participation du groupe, est-il possible alors de les faire participer, en d'autres termes de les embaucher? Nous avons beaucoup d'exposés de ces communautés et beaucoup d'entre elles sont qualifiées pour travailler à différents niveaux, mais elles ne sont pas incluses. Vous serait-il possible d'inclure quelqu'un de la communauté autochtone dans votre travail? Il sera peut-être beaucoup plus facile après cela d'obtenir leur collaboration et d'avoir accès à l'information dont vous avez besoin.

**M. Hollett :** Des gens des Premières nations sont souvent venus à mon bureau. Il y a deux obstacles principaux qui les ont empêchés de créer leur propre version des comptes communautaires jusqu'à présent. Le premier obstacle, c'était d'essayer de mettre sur pied l'Institut de la statistique des Premières nations et d'obtenir les ressources pour le faire. Cependant, ils étaient tout à fait d'accord pour travailler avec nous dans la mesure où ils nous ont demandé si nous aimions travailler avec eux, se rendre dans leurs communautés, apprendre à connaître leur culture, leur économie, leurs enjeux, et mettre sur pied une version des comptes communautaires, modifiée et basée sur ce qui était nécessaire selon eux. Ils voulaient également qu'on la mette sur pied et qu'on la tienne à jour pendant au moins cinq ans.

Il est possible de gagner leur confiance, mais ça revient à ce que j'ai dit : il ne suffit pas de faire quelque chose et de dire que c'est bon pour vous parce que je crois que ça l'est. Il faut aborder la question d'un point de vue différent.

**The Chair:** We are at 11:45 a.m. and at a key point in our hearings and deliberations.

We have Senator Eaton, Michael Wilson, Jean Harvey, Vivek Goel, Michel Frojmovic and Dr. Dodds who all want to speak. Greg Taylor pointed out a few minutes ago the major development in Canada Health Infoway, the health record that will throw a whole lot of new information into the system. That is good because, if you look at our chart, even though it may be imperfect, that information will help us with the health care delivery system, the life course, et cetera. Our remaining problem, of course, is to gain connectivity in the social determinants of health.

Here is what we need to decide in the next 45 to 60 minutes. Who will do what? Who will lead? I will take a risk and throw it out there: Do we use Community Accounts as a model right across the country? I know that Aboriginal people are open to that model in their own communities, provided they have control of it. We need to have a full discussion of this aspect.

Senator Eaton, you may have wanted to talk about something totally different, and please do that, but I want to focus on this subject.

**Senator Eaton:** I would be happy to wait to the next point of discussion regarding electronic health records.

**The Chair:** That is where we are.

**Senator Eaton:** I would just like to throw out a general question. We talked a lot this morning about establishing standards, collecting data, how they apply and how they do not apply. I have a more practical question. How do we standardize best care practices? If we set goals for population health, how does someone in Nunavut and someone in downtown St. John's access the best standards of care in any situation? I know we have certain things in provinces, such as Cancer Care Ontario and other programs, but how do we standardize that across Canada so that if you come from a non-research-oriented community, you can still easily access best care practices?

Mr. Chair, we saw that a little bit in the pilot project in downtown Vancouver. This was not medical so much as an issue of the whole health determinants. When we asked them who else in Canada had looked at their pilot project, they said no one had asked them about their pilot project. They were getting inquiries from other countries such as Venezuela, Japan and Italy, and it seems a shame that if we embark on this huge population health study, collect a lot of data and then we cannot access it from everywhere.

**Le président :** Il est 11 h 45, et nous sommes à un point essentiel dans nos audiences et délibérations.

Le sénateur Eaton, Michael Wilson, Jean Harvey, Vivek Goel, Michel Frojmovic et Mme Dodds veulent tous prendre la parole. Il y a quelques minutes, Greg Taylor a mentionné la grande réalisation qu'est Inforoute Santé du Canada, le dossier de santé qui versera dans le système une foule de nouveaux renseignements. C'est bien, parce que si on regarde notre diagramme, même s'il n'est peut-être pas parfait, ces renseignements nous aideront sur le plan du système de prestation de soins de santé, du cycle de la vie, « et cetera ». Le problème qui subsiste, évidemment, c'est d'obtenir une connectivité dans les déterminants sociaux de la santé.

Voici ce que nous devons décider au cours des 45 à 60 prochaines minutes. Qui fera quoi? Qui dirigera? Je vais prendre un risque et poser la question suivante : est-ce que nous utilisons les comptes communautaires comme modèle à suivre partout au pays? Je sais que les Autochtones sont intéressés à utiliser ce modèle dans leurs propres communautés, pourvu qu'ils en aient le contrôle. Nous devons discuter en détail de cet aspect.

Sénateur Eaton, vous vouliez sans doute parler de quelque chose de totalement différent, et vous pouvez le faire, mais je voudrais mettre l'accent sur ce sujet.

**Le sénateur Eaton :** Je serais heureuse d'attendre au prochain point de discussion concernant les dossiers de santé électroniques.

**Le président :** Nous y sommes.

**Le sénateur Eaton :** Je voudrais simplement poser une question générale. Ce matin, nous avons beaucoup parlé de l'établissement de normes, de la collecte de données, et de la façon dont elles s'appliquent ou ne s'appliquent pas. J'ai une question plus concrète. De quelle façon pouvons-nous normaliser les meilleures pratiques en matière de soins? Si nous établissons des objectifs pour la santé de la population, de quelle façon une personne au Nunavut et une personne au centre-ville de St. John's peuvent-elles bénéficier des meilleures normes de soins en tout temps? Je sais qu'il existe certaines structures dans les provinces, comme Action Cancer Ontario et d'autres programmes, mais comment pouvons-nous normaliser le tout partout au Canada de façon que si vous venez d'une collectivité qui n'est pas axée sur la recherche, vous puissiez tout de même avoir accès facilement aux meilleures pratiques en matière de soins?

Monsieur le Président, nous avons vu un peu cela dans le projet pilote au centre-ville de Vancouver. Cette question n'était pas tellement de nature médicale; elle se rapportait plutôt à l'ensemble des déterminants de la santé. Lorsque nous avons demandé aux responsables qui d'autre au Canada avait examiné leur projet pilote, ils ont répondu que personne ne leur avait posé de questions à ce sujet. Ils ont reçu des demandes de renseignements provenant d'autres pays comme le Venezuela, le Japon et l'Italie, et si nous procédions à cette étude à grande échelle sur la santé de la population et que nous recueillons beaucoup de données, il me semble qu'il serait honteux que nous ne puissions pas y avoir accès de partout.

**The Chair:** That is the object of the exercise in the next 45 minutes, to find a way of doing just that.

Mr. Wolfson, you are next. I have noticed you always seem to show up in the jaws of the whale for the last 30 years, but you always get out.

**Mr. Wolfson:** I should preface my comments by saying that I am not trying to answer the question exactly. However, in response to the previous comments concerning the gaps, I left out one of the obvious ones, which in the longer run is that the electronic health record and/or the electronic medical record has tremendous potential and should be a foundation stone of the information systems we are talking about.

In regard to EHR versus EMR, at the moment they seem to be distinct in various people's minds. One is the system that the Infoway has been primarily concerned with up until now which has to do, for example, with discharge abstracts or diagnostic images, or drugs or lab tests. The way I think about the EMR, and I stand to be corrected, is basically what the physician is doing in his or her office when you go in and chat. My physician types on the keyboard. She gets frustrated with me sometimes because I seem to know more about this system. The downside is that she does it all in free text and, from an analytical point of view, that will be almost useless and a major step backwards.

Right now, when a physician here in Ontario bills the provincial health care system, they need to say what the billing was for. That is how the National Diabetes Surveillance System has been put together across the country. You know the reason for a person attending the primary care physician's office. If it is all in free text, as smart as Google is, they have not figured out a way to do a text search. I have seen papers where there are 10, 20 or 200 different ways that a physician may indicate "diabetic" in their free text chart. We will never be able to extract that. If you have not heard about it already, there is a major worry here about a step backwards rather than a step forward in terms of losing data.

I have another point that perhaps touches on the Community Accounts as a model. Most of our discussions until now refer to the date as cross-sectional data, a snapshot for this year, next year and the year after. That is absolutely fundamental for monitoring, telling where we are, determining trends, whether things are getting better or worse. We have not talked nearly as much about longitudinal data, and in particular data that are longitudinally linked at the person level. This is implicit in this diagram of these life core stages. It is absolutely fundamental, to my mind, that we give at least equal weight to that kind of information.

**Le président :** C'est ce que nous essaierons de faire au cours des 45 prochaines minutes, soit de trouver un moyen de faire cela.

Monsieur Wolfson, c'est à votre tour. J'ai remarqué que vous avez toujours l'air d'être sur la corde raide depuis les 30 dernières années, mais vous réussissez toujours à vous en sortir.

**M. Wolfson :** D'entrée de jeu, je dois dire que je n'essaie pas de répondre à la question de façon précise. Cependant, en réponse aux commentaires précédents concernant les écarts, et j'ai laissé de côté un des plus évidents qui montre qu'à long terme le dossier de santé électronique ou le dossier médical électronique offre un potentiel énorme et doit constituer une pierre angulaire des systèmes d'information dont nous parlons.

En ce qui concerne les dossiers de santé électroniques par rapport aux dossiers médicaux électroniques, il semble qu'actuellement, beaucoup de gens croient qu'il y a une distinction claire entre les deux. L'un d'entre eux correspond au système qui préoccupe principalement Inforoute jusqu'à maintenant, et qui a trait, par exemple, au système de congé des patients ou aux images diagnostiques, ou encore aux médicaments ou aux tests en laboratoire. La façon dont je vois les dossiers médicaux électroniques, et corrigez-moi si je me trompe, se rapporte essentiellement à ce que le médecin fait dans son cabinet lorsque vous allez le consulter. Mon médecin utilise le clavier. Je la rends parfois mécontente parce qu'il semble que j'en connaisse plus qu'elle à propos de ce système. Le côté négatif, c'est qu'elle fait ce travail en texte libre et, d'un point de vue analytique, il sera presque inutile et il constituera un pas important en arrière.

Actuellement en Ontario, lorsqu'un médecin facture le système de soins de santé provincial, il doit détailler sa facturation. C'est ainsi que le Système national de surveillance du diabète a été créé dans tout le pays. Vous connaissez la raison pour laquelle une personne se présente au cabinet d'un médecin de première ligne. Si toute la documentation est en texte libre, même si Google est très efficace, on n'a pas pensé à un moyen de faire une recherche de texte. J'ai lu qu'un médecin pouvait avoir 10, 20 ou même 200 façons différentes d'indiquer le terme « diabétique » dans son tableau de texte libre. Nous ne serons jamais en mesure d'extraire ces renseignements. Si vous n'en avez pas encore entendu parler, on peut avoir de grandes craintes à propos d'un éventuel pas en arrière au lieu d'un pas en avant en ce qui concerne la perte de données.

Je voudrais aborder un autre point qui pourrait être lié aux comptes communautaires en tant que modèle. Jusqu'à présent, la plupart de nos discussions étaient liées à la date en tant que données transversales, un portrait pour cette année, l'année prochaine et l'année suivante. C'est absolument fondamental pour surveiller, pour déterminer où nous en sommes, pour relever les tendances, et pour constater si la situation s'améliore ou empire. Nous n'avons pas discuté autant des données longitudinales, et en particulier des données qui sont liées de façon longitudinale au niveau des personnes. Ce contexte est implicite dans le présent tableau des stades du cycle de vie. Selon moi, il est absolument fondamental que nous accordions au moins une importance égale à ce type d'information.

This may be more a technical kind of phrase, but from a database or information handling point of view it is more efficient just to store the trajectories: I went to the doctor this day, I got a prescription that day, I had a procedure another day, I had a lab test. Those can be strung together so it is a patient-oriented trajectory and, as has already been noted, the postal code of the patient and the provider will be there. Therefore, with modern computing and some work to get the right people trained, we can look at it from the aspect of building some community accounts. We have the postal code data so we can look at procedure rates by neighbourhood deprivation index and observe, as Dr. Neudorf's urban public network has done, that there really are some major discrepancies that point to something being wrong. You can talk better than I can about what policy actions that has initiated.

At the same time, if we want to understand what works, are people better really off after their hip replacements? There is a need to look longitudinally at these people. If we want to do any kind of planning or understanding of what interventions work, we need to do that as well. A major concern I have beyond the longitudinal linking here is the way in which the EHR is currently structured. It will all be from a biomedical perspective. However, people are pointing out that there are a whole lot of other things, and part of that is linking other records, whether it is school absentee records or school test marks or social assistance records. I am worried that there is still another major gap here that I will call, for want of a better phrase, the vernacular description of health. It is one thing for your doctor to say you have hemiplegia — we actually did a focus group on some disability questions yesterday, and there was a person who came in with that — but it is quite another to understand, from the the patient's point of view, whether they can get around the community and handle themselves in house, in school or at work. Those kinds of things are not, as far as I understand it, anticipated to be on the EHR. However, if we want to understand how healthy people are and what is affecting things in their daily lives, we absolutely need some way of adding that kind of information or making sure it is included.

I will add a couple of more quick points. There was also a question before, number 7, which concerns the barriers to the development of cohort surveys. Part of it is based on administrative data. I have already mentioned that there is a fundamental issue about a willingness to share. If we are talking about collecting additional data on health status, the ability to function, key correlates, the doctor will not ask you to wear an activity monitor and determine your physical activity or inactivity. Obesity is a major driver of health concerns these days and to enter calories in, calories out, how much you are

Il pourrait s'agir d'une formulation davantage technique, mais du point de vue d'une base de données ou du traitement des renseignements, il est plus efficace de simplement inscrire les cycles : je suis allé voir le médecin ce jour-là, j'ai obtenu une ordonnance ce jour-là, j'ai eu une intervention un autre jour, j'ai passé un test en laboratoire. Ces renseignements peuvent être alignés afin de devenir un cycle axé sur le patient et, comme on l'a déjà mentionné, le code postal du patient et les renseignements concernant le fournisseur s'y trouveront. Par conséquent, grâce aux systèmes informatiques modernes et à une formation offerte aux bonnes personnes, nous pouvons étudier la situation avec l'intention d'établir certains comptes communautaires. Nous avons les données concernant les codes postaux, alors nous pouvons étudier les taux d'intervention au moyen de l'indice de défavorisation régionale et observer, comme l'a fait le réseau public urbain du Dr Neudorf, qu'il existe vraiment des écarts importants indiquant que quelque chose ne va pas. Vous pouvez parler mieux que moi des politiques qui ont été adoptées.

En même temps, si nous voulons comprendre ce qui fonctionne bien, les gens sont-ils vraiment dans un meilleur état après un remplacement de hanche? Il faut regarder ce qui arrive à ces gens de façon longitudinale. Si nous voulons faire une planification quelconque ou comprendre quelles interventions fonctionnent bien, nous devons le faire également. La structure actuelle du dossier de santé électronique constitue une préoccupation importante pour moi, qui va au-delà des liens longitudinaux. Le tout sera abordé d'un point de vue biomédical. Toutefois, des gens signalent qu'il faut prendre en compte beaucoup d'autres aspects, entre autres les liens avec d'autres dossiers, qu'il s'agisse de dossiers d'absentéisme scolaire, de notes aux examens scolaires ou de dossiers d'aide sociale. Je crains qu'il y ait encore un écart important ici que j'appellerais, en l'absence d'une meilleure formulation, la description vernaculaire de la santé. C'est une chose que votre médecin vous dise que vous avez une hémiplégie — en réalité, nous avons créé un groupe de réflexion sur des questions relatives à l'invalidez hier, et une personne a abordé ce sujet — mais c'est une toute autre chose que de comprendre, du point de vue des patients, s'ils peuvent contourner la communauté et régler le tout eux-mêmes à l'interne, à l'école ou au travail. Si je ne m'abuse, ce genre de renseignements ne devrait pas être inscrit dans le dossier de santé électronique. Par contre, si nous voulons comprendre la situation des personnes en bonne santé et ce qui a des incidences dans leur vie quotidienne, nous devons absolument trouver des façons d'ajouter ce type de renseignements et de s'assurer qu'ils sont inscrits.

Je vais ajouter quelques brèves observations. Il y avait une question qui a été posée auparavant, la question n° 7, qui porte sur les obstacles à l'élaboration d'enquêtes de cohortes. Ces enquêtes sont fondées en partie sur des données administratives. J'ai déjà mentionné qu'il y avait un problème fondamental concernant le consentement à partager des renseignements. Si nous parlons de la collecte de données supplémentaires sur l'état de santé, la capacité de fonctionner et les principales corrélations, le médecin ne vous demandera pas de porter un appareil de surveillance des activités et de déterminer votre niveau d'activité

spending on one side and how much food you are ingesting. This will be expensive information to collect.

At the moment, one of my concerns — and a couple of people have mentioned this — is to what use the data will be put: Who are the users? What are the issues or questions driving it? Those ought to be the first things that one asks, and ought to drive our thinking about working back to say what information system is needed. I would be happy to rattle off a few examples.

I cannot resist throwing out one more cosmic idea, if I may, to the committee. I have been reflecting on this aspect in a different context in conversations with colleagues at the Canadian Institution for Health Research, and what I observe is that the idea of big science has been accepted for decades in high energy physics and in astronomy and, more recently, in genomics, but the idea of big science is not at all accepted in population health. In another context, I like to say that Statistics Canada is the cyclotron for the social sciences. The EHR has the potential to be the cyclotron for population health, or at least a large part of the foundation. What would really be wonderful is if we could step back and have some big thinking about how exactly are we allocating our research monies. As much as I love cosmology and the beautiful pictures that come back from the various space telescopes, I believe it would be of greater social utility to think of similar investments in population health and the fundamental science of it. There is my spiel for you.

**The Chair:** That is our last question, Mr. Wolfson, to deal with the research piece.

**Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information:** I wanted to pull together some of the pieces I have been hearing about this morning. How we can get there has been a topic of discussion. There are some good news stories out there that we need to understand. Dr. Neudorf was talking about indicators of disparity. We did have a consensus conference yesterday where we looked at the indicators that get pulled together through CIHI and StatsCan.

There is a group through the Pan-Canadian Public Network, which is an initiative of the Public Health Agency of Canada, the PHAC, and there are expert groups associated with that. I sit on one called the Population and Health Promotion Expert Group. We have been looking at disparity and inequality indicators. That particular work from that expert group came to this consensus conference yesterday. Therefore I believe some of these initiatives are tying together nicely. Some of the work that the UPHN is doing was presented by Dr. Neudorf at this meeting yesterday.

ou d'inactivité physique. L'obésité est la cause principale des problèmes de santé ces temps-ci et le fait d'inscrire les calories gagnées et les calories perdues, combien vous perdez d'un côté et combien de nourriture vous ingérez. La collecte de ces renseignements coûtera cher.

En ce moment, une de mes préoccupations — et deux ou trois personnes en ont parlé — est de savoir à quoi serviront les données. Qui sont les utilisateurs? Quels sont les problèmes ou les questions qui motivent ça? C'est ce qu'on doit se demander en premier et c'est ce qui doit motiver notre réflexion sur le système d'information dont nous avons besoin. Je serais heureux de vous présenter quelques exemples.

Je ne peux pas m'empêcher de lancer une idée qui pourrait vous paraître étrange. J'ai réfléchi à cet aspect dans un contexte différent lors de conversations avec des collègues des Instituts de recherche en santé du Canada, et je remarque que l'idée de grands projets scientifiques a été acceptée depuis des décennies dans le domaine de la physique des hautes énergies et de l'astronomie et, plus récemment, dans le domaine de la génomique, mais que cette idée n'est pas du tout acceptée dans le domaine de la santé des populations. Dans un autre contexte, j'aime dire que Statistique Canada est le cyclotron des sciences sociales. Le dossier de santé électronique pourrait être le cyclotron de la santé de la population ou, du moins, constituer une grande partie de ses assises. Il serait vraiment merveilleux de pouvoir prendre du recul et de réfléchir de façon approfondie à la façon exacte dont nous dépensons l'argent consacré à la recherche. J'aime bien la cosmologie et les magnifiques images que nous renvoient les télescopes spatiaux, mais je crois qu'il serait plus utile sur le plan social d'effectuer des investissements similaires dans la santé de la population et dans la recherche scientifique fondamentale dans ce domaine. C'est ce que j'avais à vous dire.

**Le président :** Monsieur Wolfson, la question de la recherche est le dernier point que nous devons aborder.

**Jean Harvey, directeur, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé :** J'aimerais reprendre certains des points qui ont été abordés ce matin. La question de savoir comment nous pouvons atteindre notre but a été un sujet de discussion. Il y a de bonnes nouvelles et nous devons les comprendre. Le Dr Neudorf a parlé des indicateurs de disparité. Hier, nous avons tenu une conférence consensuelle au cours de laquelle nous avons examiné les indicateurs qui sont réunis par l'ICIS et Statistique Canada.

Un groupe a été formé par le biais du Réseau pancanadien de santé publique, qui constitue une initiative de l'Agence de santé publique du Canada, l'ASPC; et des groupes d'experts y sont associés. Je fais partie de l'un de ces groupes, le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population. Nous avons étudié les indicateurs de disparité et d'inégalité. Le travail de ce groupe d'experts a été présenté lors de la conférence consensuelle d'hier. Je crois donc que certaines initiatives se recoupent bien. Le Dr Neudorf a présenté une partie du travail effectué par le Réseau canadien pour la santé urbaine lors de la réunion d'hier.

There are many players out there, and we have them around the table, but I think there are some good connections happening. I wanted to reinforce that aspect and the fact that I believe it is very positive. The will is there in this country to move things along.

I wish to pick up on the intervention research. There is a group in existence called PHIRIC, the Population Health Intervention Research Initiative of Canada, and a number of us are involved, such as the public health agency, the CIHR, which is not at this table but they take an active role in that particular group, as well as us and a number of others. We are committed to looking at intervention research, how we can move it along. As you talk about gaps in information, certainly one of the gaps is the intervention research. It needs to be recognized as valuable research that people do. We need people better trained in that, so we need to put some resources and commitment into the training of that and see it as an important piece to move along. There is some good work happening there, and I think the more we work together on these kinds of things the further we will get.

The report you have just received is one we recently produced in partnership with the Urban Public Health Network as well as INSPQ, the Institut national de santé du Québec. It was again bringing the pieces and partners together. There are good-news stories out there that we should not lose sight of when looking at these issues.

**The Chair:** Thank you. Dr. Goel?

**Mr. Goel:** There are quite a few things on the table at the same time, so I will try to address a few of them. I made a notation here to talk about big science, and then Mr. Wolfson beat me to it.

Yesterday in Ontario, we launched the Ontario Health Study. It will recruit 150,000 people collecting a full range of information from the individuals across the spectrum on this chart. We will also collect community level data about where they live and environmental measures as well as biological measures, and store specimens. It is part of an initiative that is also similar to studies with common core data sets in, I think, Quebec, Alberta and British Columbia. It is an example of the big science.

I would point out that CIHR talked about doing this for years. These studies across the country are happening despite CIHR. You are absolutely right: there are other communities, such as physics and astronomy, that have figured out how to get those big science types of projects funded, and we need to show how that can be done here.

De nombreux intervenants sont impliqués et nous les avons réunis, et je crois que des liens intéressants se nouent. Je souhaitais mettre l'accent sur ce point et sur le fait que je crois que c'est très positif. La volonté de faire avancer les choses existe dans ce pays.

Je souhaite soulever la question de la recherche interventionnelle. Plusieurs d'entre nous participent aux activités d'un groupe que l'on appelle l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada ou l'IRISPC, notamment l'Agence de santé publique, l'IRSC — qui ne témoigne pas devant le sous-comité, mais qui joue un rôle actif au sein de ce groupe —, nous et d'autres organisations. Nous nous sommes engagés à examiner la question de la recherche interventionnelle et la façon de faire progresser ce type de recherche. Vous parlez de lacunes dans les données, une des lacunes concerne assurément la recherche interventionnelle. Ce type de recherche doit être reconnu comme un type de recherche valable. Les gens doivent être mieux formés dans ce domaine, nous devons donc affecter des ressources à la formation et prendre des engagements en ce sens, et considérer la formation comme un élément important qui permettra de faire avancer les choses. On fait du bon travail, et plus nous nous concerterons pour travailler sur ces éléments, plus nous ferons progresser les choses.

Nous avons produit récemment le rapport que vous venez de recevoir en partenariat avec le Réseau canadien pour la santé urbaine et l'Institut national de santé publique du Québec, l'INSPQ. On a de nouveau réuni les éléments pertinents et les partenaires. Il y a de bonnes nouvelles que nous ne devrions pas perdre de vue lorsque nous nous penchons sur ces questions.

**Le président :** Merci. Docteur Goel?

**M. Goel :** Il y a un certain nombre d'éléments sur la table en même temps, je vais donc essayer d'aborder certains d'entre eux. Je m'étais pris une note pour parler des grands projets scientifiques, mais M. Wolfson l'a fait avant moi.

Hier, l'Étude sur la santé en Ontario a été lancée. Dans le cadre de cette étude, on mènera une enquête auprès de 150 000 personnes afin de collecter un vaste éventail de données auprès de personnes à tous les stades du cycle de la vie présentées dans le diagramme. Nous recueillerons également des données communautaires sur le lieu de résidence, et nous procéderons à des mesures environnementales et biologiques et stockerons des échantillons. Cette étude fait partie d'une initiative qui réunit des études similaires comportant des ensembles communs de données de base réalisées, je crois, au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique. C'est un exemple de grand projet scientifique.

J'aimerais souligner le fait que les IRSC ont parlé de mener de telles études pendant des années. Les études qui sont menées d'un bout à l'autre du pays sont réalisées sans la participation des IRSC. Vous avez tout à fait raison sur le fait que d'autres communautés, comme celle de la physique et de l'astronomie, ont réussi à trouver comment financer les grands projets scientifiques, et nous devons montrer de quelle manière cela peut être fait dans notre domaine.

I would distinguish the cohort surveys under number 7 from the question under number 9 on intervention research. This is part of getting your basic population health information. As Mr. Wolfson said, we will get it in a variety of ways. We need those kinds of studies, which will be like the Framingham Heart Study has been for us for the last 50 years. There has never really been anything like that in Canada. It will take many years to generate that kind of data. There is what is possible with administrative data sets and linking surveys and so on, which we have had various attempts at, and then there is what will be possible in the future with electronic health records and being able to track individuals through their trajectory. We need to ensure that we build the infrastructure across all those aspects as well, and hopefully we will come back to talk about the intervention research piece.

On Senator Eaton's question, I think that is a very important part of all of this discussion. It is not just about getting more data or even more information. It is about getting the knowledge attached to that, the knowledge synthesis that the population health initiative does so that when you present a report, you also present the strategies. That works at the individual level as well as at the community and population level. We know from lots of experience that electronic medical records are only successful for implementation if you add value for the primary user.

My family doctor, Mr. Wolfson, has a system where the Canadian Task Force on Preventive Health Care recommendations are built right in. Based on age, gender and family history, the first thing she has is a list of what is recommended for that individual. You can have drug interactions and allergic history, and so on, come up at that point in care.

For this discussion, with a Community Accounts type of model, we need to think about the fact that if that user goes in to look at what to do for health and a certain risk factor in their community, not only are they getting the data but the knowledge synthesis is also popping up. I know the Public Health Agency of Canada has done a lot of work on this, as have other organizations. We need to build on that knowledge infrastructure to go along with the data and information infrastructure.

The last thing I want to comment on is this issue around training and personnel. It has come up a few times, and I will flip back to my previous role as a provost and vice-president academic for the University of Toronto. It is a challenging area in which to train people. You need to draw from many different disciplines. As Mr. Wolfson said, it is hard to show people what their career path will be. They can become an anthropologist or an economist;

J'aimerais que l'on distingue les enquêtes de cohortes figurant au n° 7 de la question mentionnée au n° 9 sur la recherche interventionnelle. C'est un élément de la collecte d'information de base sur la santé de la population. Comme M. Wolfson l'a mentionné, nous obtiendrons ces données en utilisant diverses méthodes. Nous avons besoin de ce genre d'études, qui sera l'équivalent de ce qu'a été l'étude coronarienne de Framingham dans les 50 dernières années. Il n'y a jamais vraiment eu rien de tel au Canada. Il faudra de nombreuses années pour produire ce genre de données. Il y a ce que nous pouvons faire grâce aux ensembles de données administratives et au couplage des enquêtes et ainsi de suite — ce que nous avons tenté à plusieurs reprises —, et il y a ce que nous pourrons faire dans l'avenir grâce aux dossiers de santé électroniques et à la possibilité de suivre des personnes pendant tout le cycle de leur vie. Nous devons nous assurer d'élaborer l'infrastructure en tenant compte de tous ces aspects et, espérons-le, nous reviendrons pour discuter de la recherche interventionnelle.

En ce qui concerne la question du sénateur Eaton, je crois que c'est une partie très importante de toute cette discussion. Il ne s'agit pas uniquement d'obtenir un plus grand nombre de données ou encore plus d'information. Il s'agit plutôt d'obtenir les connaissances liées à ces données, le résumé des connaissances que l'initiative sur la santé de la population nous permet d'obtenir, de manière à ce que quand vous présentez un rapport, vous puissiez également présenter des stratégies. Cela s'applique aux données recueillies auprès d'une personne, d'une collectivité et d'une population. D'après de nombreuses expériences, nous savons que la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques peut être une réussite uniquement si on ajoute une valeur pour l'utilisateur principal.

Monsieur Wolfson, mon médecin de famille utilise un système dans lequel les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sont intégrées. En fonction de l'âge, du sexe et des antécédents familiaux, elle obtient au premier coup d'œil une liste de recommandations qui s'applique à la personne. Les interactions médicamenteuses et les antécédents d'allergie et ainsi de suite, peuvent être mentionnés à cette étape des soins.

Dans le cadre de cette discussion, selon un modèle de compte communautaire, nous devons réfléchir au fait que si un utilisateur consulte le système pour savoir quoi faire par rapport à la santé et à un facteur de risque associé à la collectivité, non seulement il obtiendra des données, mais il trouvera également le résumé des connaissances à ce sujet. Je sais que l'Agence de santé publique du Canada a accompli beaucoup de travail à ce sujet, tout comme d'autres organisations. Nous devons nous appuyer sur cette infrastructure de connaissances pour faire avancer l'infrastructure de données et d'information.

La dernière chose que je souhaite commenter est la question de la formation et du personnel. Ce point a été soulevé à quelques reprises et je vais reprendre mon rôle de vice-président et doyen de l'Université de Toronto. Il est difficile de former des gens dans ce domaine. Il faut aborder de nombreuses disciplines différentes. Comme M. Wolfson l'a dit, il est difficile de montrer aux gens ce que sera leur cheminement de carrière. Ils peuvent devenir

there are so many different places people draw from. You want to have that kind of education. The more we can do in creating these big projects, the more we create the opportunities for training.

I would also comment that in my own work with graduate students, I have seen a lot of them get frustrated when they try to work in this area. You try to do your masters in a year to a year and a half and you spend 16 months getting your data. Lots of attempts have been made to improve access, and so on, but we turn off a lot of our students when we get them into these areas because of the hurdles that they face to get their work done.

**Mr. Frojmovic:** My comments are mainly about this question of leadership, but I would also address the data gaps in this context. I agree, in the world of administrative health data I am a non-health practitioner, so that is my perspective. My sense is that we do have a lot of data and it is more a question of accessing and organizing it, and so the investment in collecting more is not really the issue.

That is a perspective on the 25 per cent box at the far right of the spectrum. If you look at a lot of the other boxes, we do have some pretty fundamental data collection issues. Speaking as a data practitioner in the municipal world, I cannot tell you today how many people have used a shelter system among our homeless population in Canada, by city. We have a database in place trying to collect that information, but we do not know the answer to that question.

We were trying to understand child care for a while. We cannot tell you very much about the child care system. As I found out two weeks ago, Industry Canada took a decision a few weeks ago that they will no longer try to report on individual bankruptcy by municipality, let alone by smaller subset. I would imagine that a personal bankruptcy might have a pretty disruptive impact on one's health. However, we just don't have that information.

There is one thing in having data collected, but there is an investment needed in how we use that data. We seem to still be falling into the trap of investing our efforts in that 25 per cent of the health care system from a data point of view, and there is another 75 per cent that needs to be reflected, and in some cases it is about a basic collection of data and a basic understanding of what is happening in that environment. We cannot lose sight of that.

The leadership issue related to that is that there is a danger coming out of the health care system box because there is a tendency then to focus on that world. Box-wise, it is the single

anthropologue ou économiste; les gens viennent d'une foule d'endroits différents. C'est ce genre de formation qu'on veut avoir. Puis on peut en faire en élaborant ces grands projets, plus on peut créer des possibilités de formation.

J'aimerais également commenter cette question par rapport à mon travail avec des étudiants des cycles supérieurs. J'ai constaté que beaucoup d'entre eux deviennent frustrés en tentant de travailler dans ce domaine. Un étudiant essaie de faire sa maîtrise en un an, un an et demi, et il passe 16 mois à recueillir des données. De nombreuses tentatives ont été faites pour améliorer l'accès aux données et ainsi de suite, mais nous décourageons beaucoup de nos étudiants lorsqu'on les amène à travailler dans ces domaines en raison des obstacles auxquels ils doivent faire face pour effectuer leur travail.

**M. Frojmovic :** Mes commentaires portent principalement sur la question du leadership, mais j'aimerais également aborder la question des lacunes dans les données dans ce contexte. Je suis d'accord pour ce qui est du domaine des données administratives en santé. Je ne suis pas un praticien du domaine de la santé, c'est donc mon point de vue. Selon moi, nous disposons d'une grande quantité de données et la question est plus liée à l'accès aux données et à leur organisation, qu'à l'investissement dans la collecte de données.

Voici mon point de vue sur la boîte à l'extrême droite représentant 25 p. 100 à la base du diagramme. Si on regarde plusieurs des autres boîtes, on constate que nous avons des problèmes de collecte de données assez fondamentaux. En tant qu'intervenant en matière de données dans le domaine municipal, il m'est impossible de vous dire aujourd'hui combien de personnes se sont rendues dans un refuge parmi la population de sans-abri au Canada, par ville. Il existe bel et bien une base de données pour essayer de recueillir de l'information à ce sujet, mais nous n'avons pas la réponse à cette question.

Nous avons tenté de comprendre la question de l'aide à l'enfance pendant un certain temps. Nous ne pouvons pas dire grand-chose sur le système d'aide à l'enfance. J'ai découvert il y a deux semaines qu'Industrie Canada avait décidé il y a quelques semaines de ne plus essayer de produire de rapports sur les faillites personnelles par municipalité, et encore moins par plus petits sous-ensembles. Je suppose qu'une faillite personnelle peut avoir un assez grand impact sur la santé d'une personne. Cependant, nous ne disposons pas de cette information.

C'est une chose de collecter des données, mais il faut investir pour trouver comment utiliser ces données. Nous semblons encore tomber dans le piège qui consiste à investir nos efforts dans les 25 p. 100 qui, du point de vue des données, touche le régime de soins de santé, alors qu'il faut également représenter les autres 75 p. 100. Dans certains cas, il s'agit de collecter des données de base et de comprendre l'essence de ce qui se passe dans cet environnement. Il ne faut pas perdre ça de vue.

La question connexe du leadership est qu'il y a un danger concernant la boîte du régime de soins de santé parce qu'il y a une tendance à axer les efforts dans ce domaine. Sur le plan des boîtes,

largest box, but that is probably because you could have broken out the health care system into many smaller boxes, just as the social centre has been broken out.

Wherever the leadership comes from, it must represent something more than just a box. I would need to be convinced why Statistics Canada should not provide the leadership at the level of data. There may be compelling reasons why, but that would be the starting point for me, rather than focusing on the health care system providing the leadership, because then you will lose sight of all these other determinants, the non-health care system determinants.

That brings me back to the point raised earlier about investment. If we are looking at transformative investment in infrastructure in this country, it is not about roads and bridges. That is really continuing old models. They need to be maintained. Suburbanites — God love them — need to get into the cities for their jobs. You do not want to sit in traffic, but that is not the transformative kind of investment we are speaking of that will change this country. We need leadership on this type of investment, building the data infrastructure, working with the existing data sets we have, accessing them better, collecting more basic data on a range of issues. Whether it is homelessness or bankruptcies, there are many other issues in the social sector. Social housing is another area where we do not know all that much about it. We need a broader perspective.

In the U.K. they moved the responsibility into the Deputy Prime Minister's office. Over the break, we were trying to figure out what the equivalent would be in Canada. There does not seem to be one. They did that in the U.K. because they needed that broader perspective. As a non-health practitioner, my main comment is that you must be aware of getting yourself stuck in that 25 per cent box.

**The Chair:** That is a very good point.

**Ms. Dodds:** Going back to the senator's question, I want to note that the issue of mental health has not been raised this morning, and mental health is a critical issue. We now have the Mental Health Commission, and hopefully they will make progress in their goal of removing the stigma attached to mental illness.

Many of the interventions that people have used to date are related to health promotion and disease prevention. We do not have many interventions that are not simply treatments in a biomedical model: Take this pill; take this medicine; do this kind of physiotherapy and you will become better. The interventions to date for early childhood development and such things are more to try to prevent something or postpone something rather than,

celle du régime de soins de santé est la plus grande, mais cela s'explique probablement par le fait qu'elle aurait pu être fractionnée en plus petites boîtes, tout comme les déterminants socio-économiques l'ont été.

Peu importe d'où vient le leadership, ce dernier doit représenter plus qu'une simple boîte. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi Statistique Canada ne devrait pas assurer le leadership concernant les données. C'est peut-être pour des raisons impérieuses, mais ça serait un point de départ selon moi, plutôt que de se limiter à ce que le leadership soit assuré par le régime de soins de santé, parce qu'à ce moment-là on perdra de vue tous les autres déterminants, les déterminants qui ne sont pas liés au régime de soins de santé.

Cela me ramène au point soulevé plus tôt à propos des investissements. Si nous cherchons à faire des investissements transformateurs dans l'infrastructure du pays, il ne faut pas investir dans les routes et les ponts. Ça serait de perpétuer les vieux modèles. Les routes et les ponts ont besoin d'être entretenus. Les banlieusards — que Dieu les protège — doivent se rendre dans les villes pour leur travail. Les gens ne veulent pas être pris dans la circulation, mais ce n'est pas le genre d'investissement transformateur qui apportera des changements au pays. Nous avons besoin que quelqu'un assure le leadership de ce type d'investissement, pour l'élaboration de l'infrastructure de données, pour travailler avec les ensembles de données dont nous disposons, pour accéder plus facilement à ces données et pour assurer la collecte d'une plus grande quantité de données de base sur un vaste éventail de questions. Qu'il s'agisse d'itinérance ou de faillites, il y a de nombreuses autres questions dans le secteur social. Le logement social est un autre domaine où nous ne disposons pas de beaucoup d'information. Nous devons avoir une vaste perspective.

Au Royaume-Uni, la responsabilité a été déléguée au cabinet du vice-premier ministre. Pendant la relâche, nous avons tenté de déterminer quel serait l'équivalent au Canada. Il ne semble pas y en avoir. Ils ont agi ainsi au Royaume-Uni parce qu'ils avaient besoin d'avoir une perspective plus large. Comme je ne suis pas dans le domaine de la santé, mon principal commentaire est qu'il faut prendre garde à ne pas se limiter à la boîte des 25 p. 100.

**Le président :** Vous soulevez un très bon point.

**Mme Dodds :** Pour revenir à la question du sénateur, j'aimerais souligner que la question de la santé mentale n'a pas été soulevée ce matin et que cette question est cruciale. Nous avons désormais mis sur pied la Commission de la santé mentale et, espérons-le, ils feront des progrès pour atteindre leur objectif qui est d'éliminer les préjugés face à la maladie mentale.

Un grand nombre des interventions faites jusqu'à maintenant visent la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il n'y a pas beaucoup d'interventions qui ne sont pas de simples traitements selon un modèle biomédical. On dit aux gens qu'ils n'ont qu'à prendre cette pilule, prendre ce médicament ou suivre tel traitement de physiothérapie et qu'ils se sentiront mieux après. Jusqu'à présent, les interventions dans le domaine du

having experienced the trauma, such as residential schools, determining how to help you heal.

Residential schools are not the only example we have of something like that. We know of all the military people who are suffering from post-traumatic stress disorder. We do not know what will work and what will not work.

Mr. Frojmovic just talked about bankruptcies. We know that the economic depression of the 1920s had a huge impact on health. We do not know what the time course is and what the required interventions are. We need more understanding of what kinds of interventions — which are not strictly biomedical — will work.

We do have evidence that two things will help First Nations, regardless of the situation. One is including them, and one is giving them control. There is evidence that in the health area, without doing anything biomedical, simply doing those two things improves the health outcome. We do not know what kind of causality there is. However, we know that if you involve them and give them control, health outcomes will improve.

The place of electronic health records on your agenda concerns me. I do not think we should make them broad enough to cover your determinants of health. It is big enough to cover the 25 per cent that is the health care system aspects, which will include a few other things. When you are looking at the other determinants of health, you are very right in saying: Who should collect; who should access and who should use? Should a population health organization be the primary collector of education and social data versus StatsCan, which already has a mandate to collect some of that, and your Community Accounts, which is already doing it? Instead, the question is: Who makes them connected; who has the ability to tie them together? I would say: Who collects, who accesses and who uses?

To return to my first point, collecting the data is enormously expensive. Even though we point to our investment in Infoway, that is not nearly as expensive if you add up the cost of the hundreds of thousands of points of delivery.

**Dr. Neudorf:** Just to reiterate, the need that we are talking about to improve population health is for very broad-based data at a local level. I cannot stress enough the number of times I have seen very well put together national studies that have no impact at a local level. However, if you make the same data available at a local level with locally understandable geographies, suddenly people are moved from the heart to change.

développement de la petite enfance et ce genre de choses consistent plutôt à essayer de prévenir quelque chose ou de retarder quelque chose plutôt qu'à déterminer comment aider la personne à guérir après qu'elle a subi un traumatisme, comme un séjour dans un pensionnat.

Les pensionnats ne sont pas le seul exemple du genre. Nous connaissons l'histoire de tous ces militaires qui souffrent du trouble de stress post-traumatique. Nous ne savons pas ce qui fonctionnera et ce qui ne fonctionnera pas.

M. Frojmovic vient de parler des faillites. Nous savons que la Grande Dépression des années 1920 a eu un impact immense sur la santé. Nous ne connaissons pas la chronologie ni les interventions requises. Nous devons mieux comprendre quels types d'interventions fonctionneront — et je ne parle pas strictement des interventions biomédicales.

Des données nous indiquent que deux choses aideront les Premières nations, peu importe la situation. La première est l'inclusion des Premières nations et la seconde est de leur donner du pouvoir. Des données montrent que dans le domaine de la santé, on améliore les résultats simplement en faisant ces deux choses, sans faire quoi que ce soit sur le plan biomédical. Nous ne connaissons pas les liens de causalité. Cependant, nous savons que s'ils sont inclus et si on leur donne du pouvoir, les résultats en santé seront améliorés.

Je suis préoccupée par la place des dossiers de santé électroniques au programme du sous-comité. Je ne crois pas qu'ils devraient contenir de l'information aussi vaste que celle sur les déterminants de la santé. Les dossiers contiendront bien assez d'information si on couvre les aspects liés au régime de soins de santé représentant 25 p. 100 et quelques autres éléments. Lorsqu'on examine les autres déterminants de la santé, vous avez raison de poser les questions suivantes : Qui doit collecter les données? Qui devrait avoir accès aux données et qui devrait les utiliser? Est-ce qu'un organisme de santé doit être le principal responsable de la collecte de données sur l'éducation et de données sociales d'une population ou est-ce que ça devrait être fait par Statistique Canada, dont le mandat est déjà de recueillir une partie de ces données, et par les comptes communautaires, qui le font déjà? Les questions sont plutôt celles-ci : qui relie ces données et qui est capable d'établir les liens entre elles? Je poserais les questions suivantes : qui collecte les données, qui y a accès et qui les utilise?

Pour revenir à mon premier point, la collecte de données coûte extrêmement cher. Même si nous ciblons notre investissement dans l'Inforoute, ça ne coûtera pas aussi cher que si nous ajoutions le coût de centaines de milliers de points de service.

**Dr Neudorf :** Je répète que le besoin dont nous parlons, qui est d'améliorer la santé de la population, concerne la collecte d'un vaste éventail de données à l'échelle locale. Je ne saurais suffisamment insister sur le nombre de fois où j'ai vu des études nationales très bien faites n'avoir aucun impact à l'échelle locale. Cependant, si on rend les mêmes données accessibles à l'échelle locale en les répartissant par région de façon logique, tout d'un coup les gens ont le cœur d'apporter des changements.

I was at a conference in the U.K., where they have taken a strong national stand in trying to make a difference. They have said that you need the two-pronged approach of political will to make change and public support and understanding of the issue. In the case of Saskatoon, I have seen that presenting the data in that meaningful, local way has resonated with both of those arms and has created the necessary public dialogue to start talking about program and policy change.

In order to get that happening, we need to have very strong federal and provincial support and priority for this to get those ministries together to say that we do need to share this data.

Why do we need to do that? To make the argument that this is necessary for overall betterment and well-being is very good. The U.K. has introduced the concept of health equity audits. It can be called different things in different countries. The concept is to consider, as you introduce policies, what the impact will be on population, well-being or health. Some are getting away from the term of "health" because of this concept of 25 per cent of the system driving what we are really after, which is well-being.

Once you have that priority level, you need the coordinating body. Someone must provide that coordination. It is not necessarily collection or ownership; it is coordination that is required. It is important that the body that is bringing it together on a pan-Canadian basis not be introducing new barriers to the access to the data. This is fundamentally about data liberation; about facilitating access to data.

We have found that it is very important to ensure that the infrastructure and tools that are provided to access the data are meaningful for those three types of audiences: the community as a whole, the policy analysts and decision-makers, and the researchers. Each of those need a different look to the data and the access, but that does not necessarily mean you must have different systems. It can be based on a common architecture model.

Saskatoon, the Community Accounts program and the Manitoba centre have each done many years of work with those audiences to determine what types of access and functionality they need. If we can put that together, I think we can find a way that will meet the front-end needs.

I want to respond to the issue of the health system collecting the data. That is definitely not where we want to go. We tend to have the largest capacity as a group in terms of the analysis and infrastructure investment. We are not collecting the data, but we may have the capacity to connect the data.

In Saskatoon the investment has been made in social services, education, justice, et cetera, to do data collection for their own administrative purposes. We are designing a system that can get out there in a distributed database model. They have data ownership and control and agreement on who can access for what

J'ai assisté à une conférence au Royaume-Uni où ils ont adopté une position ferme en essayant de faire une différence. Ils ont affirmé qu'il fallait une démarche en deux volets, celui de la volonté politique d'apporter des changements et celui de l'appui et de la compréhension publics de la question. Dans le cas de Saskatoon, j'ai constaté que le fait de présenter les données locales de façon sérieuse a eu une incidence sur ces deux volets et a fait ressortir la nécessité de tenir un débat public pour commencer à parler des modifications à apporter aux programmes et aux politiques.

Pour que ces choses se réalisent, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent fournir un appui solide et accorder la priorité à ce projet afin que les gouvernements unissent leur voix pour affirmer qu'il faut partager ces données.

Pourquoi devons-nous agir ainsi? Pour affirmer que c'est nécessaire pour le bien-être et le mieux-être. Le Royaume-Uni a lancé le concept des vérifications de l'équité en santé. Ce concept peut être nommé différemment selon les pays. Le concept consiste à tenir compte, lors de la mise en place de politiques, des incidences sur la population, le bien-être ou la santé. Certaines personnes délaissent le terme « santé » parce que ce concept ne vise que 25 p. 100 du système qui appuie ce que nous voulons, c'est-à-dire le bien-être.

Lorsqu'on a atteint ce niveau de priorité, il faut mettre en place un organisme de coordination. Quelqu'un doit s'occuper de la coordination. Il ne s'agit pas nécessairement de collecte ou de prise en charge, mais plutôt de coordination. Il est important que l'organisation chargée de la coordination panafricaine ne dresse pas de nouveaux obstacles pour l'accès aux données. Cela est essentiel pour faciliter l'accès aux données.

Nous estimons qu'il est très important de s'assurer que l'infrastructure et les outils fournis pour accéder aux données soient significatifs pour trois groupes : la collectivité dans son ensemble, les analystes des politiques et les décideurs, et les chercheurs. Chacun de ces groupes doit pouvoir aborder les données et la façon d'y accéder d'un angle différent, mais cela ne veut pas nécessairement dire qu'il faut avoir différents systèmes. Le système peut être fondé sur un modèle d'architecture commun.

À Saskatoon, le programme des comptes communautaires et le Centre du Manitoba ont travaillé pendant de nombreuses années avec ces groupes pour déterminer quels types d'accès et quelles fonctionnalités leur seraient nécessaires. Si on peut mettre ça en place, je pense que nous pouvons trouver une façon de répondre aux besoins de base.

Je souhaite réagir à l'idée qu'il reviendrait au système de santé de collecter les données. Ce n'est assurément pas ce que nous voulons. Nous avons tendance à accroître nos capacités lorsque nous agissons comme un groupe pour l'analyse et l'investissement dans l'infrastructure. Nous ne collectons pas de données, mais nous avons la capacité de relier les données.

À Saskatoon, on a investi dans les services sociaux, l'éducation, la justice, « et cetera » pour effectuer la collecte de données pour les besoins administratifs locaux. Nous concevons un système qui peut être livré selon un modèle de base de données distribuée. Ils sont propriétaires des données, ils les contrôlent et ont conclu des

purposes. Your role at a population health level is to connect it and ensure that the right types of users have the right types of access. That is what we need to focus on.

**The Chair:** Thank you very much.

**Mr. Smith:** Dr. Neudorf has eloquently stated one way to bring several of these different initiatives together. Coordination of that capacity and bringing it together would be useful in moving this agenda forward. I think he stated it very well.

**Mr. Berthelot:** To build on what Dr. Neudorf said, you asked if we all agreed with Community Accounts. With regard to Canadian community accounts, I think they need to be local. People must have ownership of the account, and it must contain information in order to be actionable.

I fully agree with Dr. Neudorf: We should not collect data that already exists in other fields. The challenge is in coordinating the action and in trying to come up with what I would call a minimum core standard, on a pan-Canadian basis, that would allow communities in Saskatchewan to compare with communities in Newfoundland. We need local information. We do not need a lot of information about cod fisheries in Saskatoon, but we may need that in Newfoundland. This is reality. We need local information.

If we acknowledge that there is a need for a coordinating mechanism, who will take the lead? We need to find an organization that can be a catalyst, and that is a challenge. Around the table here, most of the organizations — except perhaps the Federation of Canadian Municipalities and the Rural Secretariat — are all health based. Even though we have all been successful in our areas, there will be a challenge to bring in education and social services. Dr. Neudorf has done this in Saskatchewan, but on a pan-Canadian basis it is a much bigger challenge. We need to convince the governments of the benefit of bringing in education information in terms of a population health perspective.

We should not underestimate the challenge. We need some type of a catalyst, an organization that will bring together the people who can acknowledge that this information is required, not just by the health sector but by other sectors, and come up with some type of minimum data set or core standard. That is a challenging task.

I cannot tell you who will do what, nor can I tell you who will take the lead. I can just tell you what we, as an organization, have done in the past and the role we have played in the population health sector. As an organization, we have played a role in promoting standards and in consensus and framework building, in collaboration with partners such as Statistics Canada, Health Canada and provincial ministries of health. As an organization, that is the type of role we can play, helping to create a standard

ententes afin de déterminer qui a accès aux données et l'utilisation qui peut en être faite. Votre rôle, au niveau de la santé de la population, est de relier ces données et de vous assurer que les bons utilisateurs ont un accès adéquat aux données. Nous devons nous concentrer là-dessus.

**Le président :** Merci beaucoup.

**M. Smith :** Le Dr Neudorf a présenté avec éloquence une façon de regrouper plusieurs de ces initiatives différentes. La coordination du processus et son uniformisation seront utiles pour faire avancer le programme. Je pense qu'il l'a dit clairement.

**M. Berthelot :** Pour poursuivre sur ce qu'a dit le Dr Neudorf, vous nous avez demandé si nous étions tous favorables aux comptes communautaires. Pour ce qui est des comptes communautaires canadiens, je crois qu'ils doivent être locaux. Les gens doivent s'approprier le compte et ce compte doit contenir de l'information qui permettra de prendre des mesures concrètes.

Je suis entièrement d'accord avec le Dr Neudorf. Nous ne devrions pas recueillir de données qui existent déjà dans d'autres domaines. La difficulté est de coordonner les mesures et de tenter d'établir ce que j'appellerais une norme minimale pancanadienne qui permettrait aux collectivités de la Saskatchewan de se comparer avec les collectivités de Terre-Neuve. Nous devons obtenir des données locales. Nous n'avons pas besoin de beaucoup d'information sur la pêche à la morue à Saskatoon, mais ça pourrait être nécessaire à Terre-Neuve. C'est une réalité; nous avons besoin de données locales.

Si nous reconnaissions qu'il faut mettre en place un mécanisme de coordination, qui en prendra l'initiative? Nous devons trouver une organisation qui peut agir comme catalyseur, c'est une tâche ardue. La plupart des organisations présentes autour de la table — peut-être à l'exception de la Fédération canadienne des municipalités et du Secrétariat rural — sont des organisations du domaine de la santé. Nous avons tous réussi dans nos domaines respectifs, mais il sera difficile de faire participer les intervenants du domaine de l'éducation et des services sociaux. Le Dr Neudorf l'a fait en Saskatchewan, mais ce sera plus difficile à faire à l'échelle pancanadienne. Nous devons convaincre les gouvernements qu'il y a des avantages à produire des données sur l'éducation lorsqu'il est question de santé de la population.

Il ne faut pas sous-estimer la difficulté. Nous avons besoin d'un genre de catalyseur, une organisation qui peut rassembler les gens qui reconnaissent que ces données sont nécessaires, non seulement pour le secteur de la santé, mais également pour d'autres secteurs, et qui peut élaborer certains types d'ensembles de données ou de normes minimales. C'est une tâche difficile.

Je ne peux pas vous dire qui s'en chargera, ni qui prendra l'initiative. Je peux simplement vous dire ce que, en tant qu'organisation, nous avons fait dans le passé et le rôle que nous avons joué dans le secteur de la santé de la population. L'organisation a joué un rôle dans la promotion des normes et dans l'établissement d'un consensus et d'un cadre, en collaboration avec des partenaires comme Statistique Canada, Santé Canada et les ministères provinciaux de la Santé. C'est le

for infrastructure. There are probably a lot of other partners that would be involved.

**Mr. Wolfson:** I, too, will not provide an answer on who will take the lead, but I will reflect on a couple of other sectors. There is no federal department of education. The closest we have is HRSDC or Service Canada. I spent a number of years worrying about our education statistics program. The federal-provincial tensions there are, shall I say, less satisfactory or worse when it comes to data collection.

Sharing data in the education area is potentially very frustrating. I remember at one point wanting to obtain absenteeism statistics from the schools. They basically wrote over the absentee rate every year. They did not keep the data from year to year.

On the other hand, Statistics Canada, for years, has had a tremendously successful model in the area of justice statistics, the analog of the Conference of Deputy Ministers of Health. The justice deputy ministers get together twice a year and, for an hour or two at each meeting, they put on a different hat, called the justice information or statistics group, and they work with the Statistics Canada folks.

The justice deputy ministers have recently made a wonderful evolution to saying that we should have micro-data and we should be able to collect the court data, incarceration data and arrest data so that we can do the analog of the patient trajectories and understand what is going on in the justice system.

Housing is another area that is fundamentally important. Statistics Canada does not play a huge role beyond, for example, collecting basic data in the census, which is largely CMHC data.

Given the conversation of the last few minutes, each of these areas are in different places in federal-provincial relations and in the development of pan-Canadian structures. To try to draw this conversation to some useful conclusion, I wonder if the better part of wisdom is to say that we ought to have some sort of prioritization — we cannot move on all fronts across the diagram at once — and pick the areas where progress is most likely to be good in the short to medium run, and hope and expect that, by demonstration and production of useful results, the other sectors will see the light and realize that they need to come on board. However, we should not expect this to happen all at once or in parallel.

**Mr. Sheridan:** I want to return to the question of what can be done to optimize the EHR clinical data. There are many opportunities here. I go back to Ms. Dodds' point about the track and the gauge on the railway, which is a good example on that piece. We need to push the agenda forward on that, and we

rôle que notre organisation joue; contribuer à l'élaboration d'une norme pour l'infrastructure. Il y a probablement bien d'autres partenaires qui pourraient participer.

**M. Wolfson :** Moi non plus je ne répondrai pas à la question de savoir qui prendra l'initiative, mais je présenterai ma réflexion sur deux ou trois autres secteurs. Il n'y a pas de ministère fédéral de l'Éducation. Ce qui s'y apprend le plus est RHDCC ou Service Canada. J'ai passé plusieurs années à me préoccuper de notre programme de statistiques sur l'éducation. Les tensions fédérales-provinciales sont, disons, moins bonnes ou plus marquées lorsqu'il est question de collecte de données.

La communication de données dans le domaine de l'éducation pourrait s'avérer très frustrante. Je me souviens qu'à un moment donné j'avais voulu obtenir des statistiques sur l'absentéisme auprès des écoles. Essentiellement, les écoles remplaçaient les données sur le taux d'absentéisme chaque année, de sorte qu'elles ne conservaient pas les données d'année en année.

D'un autre côté, Statistique Canada a, depuis des années, un modèle qui fonctionne très bien dans le domaine des statistiques sur la justice, l'équivalent de la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada. Les sous-ministres de la Justice se réunissent deux fois par année et, pendant une heure ou deux à chaque réunion, ils se mettent dans la peau d'un groupe chargé des statistiques ou des données sur la justice, et ils travaillent avec les responsables de Statistique Canada.

Les sous-ministres de la Justice ont récemment franchi un grand pas en affirmant que nous devrions avoir accès à des micro-données et que nous devrions être en mesure de recueillir les données des tribunaux, des données sur les incarcérations et sur les arrestations, afin d'établir l'équivalent de la trajectoire du patient et pour comprendre ce qui se passe dans le système juridique.

Le logement est également un secteur fondamental. Statistique Canada ne joue pas un grand rôle, à part en ce qui concerne la collecte de données de base par le biais du recensement et qui proviennent largement des données de la SCHL.

De ce qu'on peut tirer de la conversation de ces dernières minutes, chacun de ces secteurs se situe à des niveaux différents au sein des relations fédérales-provinciales et dans le développement de structures pancanadiennes. Si l'on veut tirer une conclusion qui soit un peu utile à cette conversation, je me demande s'il ne serait pas plus sage d'établir des priorités — nous ne pouvons agir sur tous les fronts en même temps — et de choisir les secteurs où des progrès sont plus susceptibles d'être observés à court et à moyen terme, pour ensuite espérer et prévoir que la démonstration et la production de résultats utiles permettra aux autres secteurs d'y voir clair et de réaliser qu'ils doivent se rallier. Cependant, nous ne pouvons nous attendre à ce que tout cela arrive en même temps ni même en parallèle.

**M. Sheridan :** J'aimerais revenir sur la question de ce qui peut être fait pour optimiser les données cliniques des dossiers de santé électroniques. De nombreuses possibilités s'offrent à nous. J'aimerais rappeler l'analogie que Mme Dodds a utilisée concernant les voies ferrées et l'écartement entre les rails qui est

have come a long way. We have standards in place on what is to be collected, but there are many additional pieces and there is the question of what else we need.

How the data is recorded and stored is critical for us. We have more work to do in this area. I take Dr. Taylor's comment on this. We have new data, and we will have lots more. How do we cope with that particular piece? Quite frankly, I do not think we are ready for that at this particular juncture, but we need to get there and we need to get there fairly quickly.

Part of getting there quickly is the existence, or non-existence, of what we call clinical data warehouses. I do not want to get into too much detail or technical specificity, but these data need to reside where they are not actively being hit continually as a clinical database. The data need to be extricated and put somewhere where the big science guys, people like Mr. Wolfson, can unleash that copulence of IQ on these data sets in order to make them say something for us. This includes bringing these data into a clinical data warehouse where we can start doing the linkages we need to do with other databases and other information systems. That is a step we have not yet reached. We are exploring opportunities on how to move forward on that step with the jurisdictions.

Is it important to bring surgeons, like Dr. Keon, on board? Canada has probably next to the worst utilization of electronic medical health record systems in clinician care in physicians' offices. We are at 17 per cent. Countries such as the United Kingdom, Australia, Sweden, Denmark and the Netherlands are up over 90 per cent in terms of utilization. We have a big step to take there. We will start working on that, but it will be incremental.

Aside from the fact that Mr. Wolfson will be telling the physicians of this country that they should not be using free text, I think there are real issues there in terms of convincing the physician community and the associations of the utility of these electronic medical records, not just in delivery of care but for the potential of research. There is a significant amount of work to be done there.

In order to optimize the EMR and EHR data as it stands now, someone needs to have a discussion with the citizens of the country as to the utilization of this data in order to get some of these privacy issues off the table. In a survey we conducted, Canadians told us that they think electronic medical records and electronic health records are extraordinarily important to improving their health care — over 90 per cent on that particular question. Yes, they have some concerns around privacy, but they are not huge concerns. The issue is improving

an excellent exemple. Nous devons persévéérer dans cette voie et nous avons déjà fait un bon bout de chemin. Nous avons déjà des normes établies concernant les données qui doivent être collectées, mais il existe encore de nombreux éléments supplémentaires et également la question de savoir si nous avons d'autres besoins.

La façon dont les données sont enregistrées et stockées est essentielle pour nous. Nous avons encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine. Je m'appuie sur le commentaire du Dr Taylor. Nous avons de nouvelles données, et nous en aurons encore beaucoup d'autres. Comment réagir à cette question en particulier? Bien franchement, je ne crois pas que nous soyons prêts à cela en ce moment, par contre nous devons le devenir et nous devons être prêts rapidement.

Une façon d'y arriver rapidement est l'existence, ou l'inexistence, de ce que nous appelons les entrepôts de données cliniques. Je ne veux pas rentrer trop dans les détails ni dans les spécificités techniques, mais ces données doivent être stockées dans un endroit où elles ne sont pas continuellement consultées comme dans une base de données cliniques. Les données doivent être extraites et entreposées où les gens de la mega science, comme M. Wolfson, peuvent libérer leur immense matière grise et tenter de faire parler ces séries de données pour nous. Ce qui veut dire ramener toutes ces données dans un entrepôt de données cliniques là où l'on peut commencer à recouper les différentes bases de données et les autres systèmes d'information. C'est une étape que nous n'avons pas encore franchie. Nous sommes à l'étape d'étudier les solutions et les champs de compétence qui nous permettront d'aller de l'avant.

Est-il important de faire participer des chirurgiens comme le Dr Keon? Le Canada possède probablement l'un des pires systèmes de dossiers médicaux électroniques relatifs aux soins cliniques qui se trouvent dans les cabinets de médecins. Nous sommes à un niveau de 17 p. 100. D'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Australie, la Suède, le Danemark et les Pays-Bas ont atteint un niveau d'utilisation de 90 p. 100. Nous avons beaucoup de chemin à rattraper. Nous commencerons à travailler là-dessus, mais tout se fera de manière progressive.

M. Wolfson dira aux médecins de notre pays qu'ils ne devraient pas utiliser le texte libre. Par ailleurs, je crois qu'il existe de vrais problèmes à cet égard, notamment pour ce qui est de convaincre les médecins et les associations de médecins de l'utilité de ces dossiers médicaux électroniques, non seulement en ce qui a trait aux soins donnés mais également au potentiel de recherche. Il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine.

Afin d'optimiser les données des dossiers médicaux électroniques et des dossiers de santé électroniques tels qu'ils sont maintenant, quelqu'un devrait avoir une discussion avec les citoyens du pays quant à l'utilisation de ces données pour enfin écarter tous les problèmes relatifs à la protection de la vie privée. Dans un sondage que nous avons mené, les Canadiens nous ont dit que les dossiers médicaux électroniques et les dossiers de santé électroniques sont très très importants pour améliorer les soins de santé — plus de 90 p. 100 d'entre eux se sont exprimés sur cette

health care, and I think an engagement needs to be made with the Canadian citizen.

An area that has been a bit foggy for me up to this juncture is what the research community really needs and wants in terms of the data and information to pull to optimize their research and their big science on this particular piece. We have seen a shift in dynamic from big science to the consumer. We are now seeing the consumer wanting a say in how his or her health care is managed. I think they want to be part of how their health evolves, and devolves as a consequence of chronic disease management and how they themselves can better manage that.

Another important step in this process of providing information to citizens to engage them in this process is the notion of patient portals and consumer health solutions. These tools can be put in place to help the individual manage their own health care.

**Mr. Hollett:** I do not have an overall concept on how you need to proceed with this, but I will make comments based on my experience.

In order for something like Community Accounts to work, you need the proper level of support. That means providing data to a variety of users, but our main focus has been on citizens. Going back to what Mr. Berthelot said, you need leadership and the official structure — ministers and deputies — behind this. I believe the pillars of this initiative would be supported by federal, provincial and territorial endowments. Although Statistics Canada has a variety of data, the most important data is coming from the provinces. The greatest use for this kind of approach will come from the provinces because that is where the people are. Where the people are located is where the problems are, and where the problems are is where the measurements need to be to reach the solutions.

I agree with Mr. Wolfson in terms of empowering people to help themselves. You need to have input from them in order to do that. Mr. Wolfson can have a database the size of the CN Tower using the best technology, but someone must have a need for it. A group needs to be established, possibly led by CIHI, with a mandate to do this in a non-traditional way. In other words, try to understand what needs to be done and work with people to do it, but do not be constrained by past practice.

I noted this morning that we talk about population health, but the only data sets we really discussed relating to population health were health data. That is only one piece. Population health needs to address education, income, population dynamics, et cetera. If you are to bring it together with a health promotion approach, it requires the involvement of a variety of groups, including one to begin putting this together that has the agreement and support to approach the issue in this way. In my experience in working with bureaucracies and the provinces, it is very difficult to squeeze a

question. Oui, la population a des inquiétudes quant au respect de la vie privée, mais elle a d'autres inquiétudes plus importantes. La question de l'amélioration des soins de santé est, à mon avis, un engagement qui doit être pris avec les citoyens canadiens.

Une zone qui reste encore nébuleuse pour moi jusqu'à maintenant concerne les besoins et désirs réels du milieu de la recherche en termes de données et d'information à recueillir pour optimiser la recherche et la méga science. Nous avons vu un changement de dynamique de la méga science vers le client. Nous voyons maintenant que les clients veulent avoir leur mot à dire sur la façon dont leurs soins de santé sont gérés. Je crois qu'ils veulent prendre part aux hauts et aux bas de leur état de santé dus à une maladie chronique et qu'ils cherchent à mieux gérer leur propre santé.

Une autre étape importante dans le processus de prestation de renseignements aux citoyens et d'engagement de la part des citoyens est la notion des portails destinés aux patients et des solutions de santé des clients. Ces outils peuvent être mis en place pour aider les individus à gérer leurs propres soins de santé.

**M. Hollett :** Je n'ai pas une vision globale de la façon dont vous devez procéder, cependant je ferai quelques observations basées sur mon expérience.

Pour que des initiatives comme les comptes communautaires fonctionnent, vous devez avoir les appuis nécessaires. Ce qui veut dire fournir des données à une variété d'utilisateurs tout en gardant les citoyens comme principal objectif. Pour en revenir à ce que M. Berthelot a dit, vous devez avoir le leadership et la structure publique — ministres et députés — comme soutien. Je crois que les piliers de cette initiative doivent être soutenus par des fonds fédéraux, provinciaux et territoriaux. Bien que Statistique Canada possède une grande variété de données, les données les plus importantes viennent des provinces. Ce type d'approche sera d'une très grande utilité surtout pour les provinces parce que c'est là où les gens sont. Là où les gens sont, c'est là où les problèmes sont, et là où il y a des problèmes c'est là que les mesures doivent être mises en place pour parvenir à des solutions.

Je suis d'accord avec M. Wolfson pour ce qui est de donner aux gens le pouvoir de s'aider eux-mêmes. Pour y arriver, leur participation est nécessaire. M. Wolfson peut avoir une base de données de la taille de la tour du CN et utiliser la technologie la plus pointue, il faut tout de même que quelqu'un en ait besoin. Un groupe doit être mis sur pied, peut-être même dirigé par l'ICIS, et doit avoir le mandat de procéder de façon non traditionnelle. Autrement dit, il faut tenter de comprendre ce qui doit être fait et ensuite travailler avec les gens pour y arriver, sans être contraint par les méthodes du passé.

J'ai remarqué ce matin que nous avons parlé de la santé de la population, cependant, les séries de données dont nous avons vraiment discuté ne portent que sur la santé. Il ne s'agit que d'un élément. La santé de la population doit traiter également d'éducation, de revenus, de dynamiques des populations, et cetera. Si vous voulez tout réunir à l'aide d'une approche qui promeut la santé, un éventail de groupes doit être impliqué, dont un qui aura le mandat de commencer à tout regrouper et qui aura l'assentiment et l'appui de tous pour agir de telle façon. D'après

little pathway through the massive momentum that exists. If you manage to create a path, the best that will happen is to come out intact before the momentum continues.

I think you are trying to do something new, although it is not rocket science. We have been doing some form of this for a number of years, and we are still alive. It is achievable and not too dangerous. However, you need to have a group empowered to have that mind set. It is absolutely critical to define the products. What a person in Come By Chance, Newfoundland needs to look at their situation from a health promotion perspective is not what someone in the health sciences needs who is considering whether a patient needs a brain operation. This is not to say that there is no relationship between the two, but a different set of needs is involved.

You need to think carefully about defining the products. The approach we took in the beginning was a little heavy-handed, I suppose, because we had to move quickly. In our experience, if you ask people what they want, they do not know what to tell you. However, if you put something out there for consideration, they are productive critics. As long as you do not mind criticism, you can turn that into something useful. We provided a proof of concept and asked them to tell us what was wrong with it. Everything we have done since has been based on critical feedback, both from within our own group and from people outside.

With an approach like this, there are a number of steps: get the support; take it forward with a group empowered to do the work; determine the right steps; and put a proof of concept out for consideration. Part of the engagement can be from communities — I am not defining them at the moment — to tell you what they think is needed. Provide a set of data to allow people to say, "I do not like that, but I see you are giving us something that may be useful in a narrow sense, or maybe it will be useful during the course of things."

I have had people come to me, year after year, asking questions. We have been at this endeavour a long time now. If you do not have support from the top, forget it. For me to talk to someone who does not have the support of the premier or a powerful deputy minister, is simply me being nice. That is all. I could say they are wasting my time, but I will not.

You need to follow those steps and create an innovative footing so that people can do something different. Build on the work that Dr. Neudorf and I have done. Take it and see what is there that is worthwhile. I have a bias; I like what we have done and we find it works. We also believe we are doing the right thing. The direction in which we are going with the conceptual framework is the same as that percolating among international academics. It reflects the data from the perspective of practical application.

ma propre expérience de travail avec les bureaucraties et les provinces, il est très difficile de tenter d'imposer un simple sentier au milieu d'un grand momentum qui existe déjà. Si vous arrivez à créer un sentier, tout ce à quoi vous pouvez aspirer est qu'il reste intact pendant que le momentum perdure.

Je crois que vous tentez de créer quelque chose de nouveau, même si ce n'est pas bien sorcier. Nous faisons quelque chose de semblable depuis de nombreuses années, et nous sommes encore là. C'est un objectif atteignable et pas trop dangereux. Cependant, vous devez avoir un groupe qui détient le pouvoir de garder le cap. Il est absolument essentiel de définir les produits. Ce qu'une personne de Come By Chance (Terre-Neuve) doit connaître concernant son dossier de santé n'a rien à voir avec ce qu'une personne du domaine de la santé doit savoir quand elle étudie la possibilité de procéder à une opération du cerveau chez un patient. Je ne dis pas qu'il n'y a aucun lien entre ces deux personnes, mais leurs besoins ne sont pas du tout les mêmes.

Vous devez mûrement réfléchir à la définition des produits. L'approche que nous avons adoptée au départ était un peu lourde je crois, mais c'est parce que nous devions agir vite. D'après notre expérience, lorsqu'on demande aux gens ce qu'ils veulent, ils ne savent généralement pas quoi nous dire. Toutefois, si vous émettez une idée pour qu'ils y réfléchissent, ils formulent en général des critiques très productives. Du moment que la critique ne vous dérange pas, vous pouvez rendre tout ce processus très utile. Nous avons fourni une validation de principe et leur avons demandé de nous dire ce qui ne marchait pas. Tout ce que nous avons fait depuis a été fondé sur les critiques, soit de l'intérieur de notre propre groupe, soit de personnes de l'extérieur.

Une approche comme celle-ci se divise en plusieurs étapes : obtenir l'appui, faire avancer le tout à l'aide d'un groupe habilité à faire le travail, déterminer les étapes à suivre et aussi passer à la validation de principe. Une part de l'engagement peut venir des collectivités — et je ne dirai pas lesquelles en ce moment — qui peuvent exprimer ce dont elles croient avoir besoin. Fournir une série de données qui permettra aux gens de dire « je n'aime pas ça, mais je crois que si vous me donnez quelque chose qui pourrait être utile au sens strict, ou cela pourrait être utile plus tard. »

Année après année des gens se sont présentés à moi pour me poser des questions. Nous sommes dans ce domaine depuis longtemps. Si vous n'avez pas l'appui du sommet, laissez tomber. Pour ma part, parler à quelqu'un qui n'a pas l'appui du premier ministre ou d'un sous-ministre influent équivaut à simplement faire preuve de gentillesse. Rien de plus. Je pourrais dire qu'il me fait perdre mon temps, mais je ne le dirai pas.

Vous devez suivre ces étapes et créer une base novatrice pour que les gens puissent faire les choses différemment. Appuyez-vous sur le travail que le Dr Neudorf et moi avons accompli. Regardez-le et voyez qu'est-ce qui peut être utile. J'ai un parti pris, j'aime ce que nous avons fait et je trouve que ça marche. Nous pensons également que nous faisons la bonne chose. La direction que nous avons choisie avec le cadre conceptuel est la même qui fait son chemin tranquillement dans le milieu universitaire international. Elle reflète les données du point de vue de leur application pratique.

Start with what is there; put a group like CIHI in place to provide leadership and see how you can do something innovative to create something different that produces something quickly.

**The Chair:** Why did I get involved in this? I will tell you why. I was a heart surgeon. I built a multimillion-dollar heart institute in Ottawa. It is one of the best in the world. As my career unfolded, I had the wonderful experience of operating on people who would be dead within hours if they were not operated on. They are walking around the streets of Ottawa 30 years later, and they are very grateful.

However, I realized that this would not get the job done. We are not improving the health of our population in the way that we should be. Although I was a heavy user of taxpayers' dollars when I was running the Heart Institute, I also realized that we are not getting the bang for our buck that we should be getting.

Canada spent \$170 billion last year on the health care delivery system. Fifty per cent of the people who come into that health care delivery system have totally preventable disease. Let me give you an example. Melanoma is totally preventable. By the time it metastasizes, the patient will cost the health care system between \$100,000 and \$200,000 before they die within two or three years.

Somehow, we have to come together. I think it is the responsibility of people like me, who have been in the health care delivery system, to come together and bring about the change that will give us better health in Canada, better well-being and better productivity. They are all in sync. That is why I always include productivity with health and well-being.

Here we are, trying to decide. Mr. Hollett, you have the mouse trap, and this should go across the country. However, we will not sell it to everyone. For example, I am not sure that British Columbians want a Newfoundland idea. I hear someone saying that yes, they do. Good. You got me again.

The concept, in particular in respect of Native peoples, must be sold at the community level or we will never get the job done. It comes back to mastering the political clout. Who will be the big beneficiaries of this project if we accomplish it? It will be our health care delivery system. It will pull half their expenditures out from the front end if it is successful. On top of the health care delivery system, who are the real winners? Canadian taxpayers.

I do not apologize for running overtime today because we have to complete this discussion and put it in our report. We have been studying this subject for more than two years. We need the Prime Minister, a cabinet committee, all the premiers, provincial cabinet committees, committees at the municipal level that correspond with the cabinet committees and, most important, community committees that deal with the kind of data you can churn out. This will allow communities to take control of their own lives,

Commencez par ce que vous avez déjà, choisissez un groupe tel que l'ICIS pour fournir le leadership et voyez si vous pouvez créer quelque chose de nouveau, quelque chose de différent qui donne des résultats rapidement.

**Le président :** Pourquoi est-ce que je participe à tout cela? Eh bien, je vais vous le dire. J'étais chirurgien cardiaque. J'ai créé un institut de cardiologie de plusieurs millions de dollars à Ottawa. C'est l'un des meilleurs au monde. Vers la fin de ma carrière, j'ai eu l'occasion extraordinaire d'opérer des gens qui, sans mon intervention, seraient morts au bout de quelques heures. Trente ans plus tard, ils se promènent dans les rues d'Ottawa et ils en sont très heureux.

Cependant, je me suis rendu compte que cela ne suffisait pas. Notre façon d'améliorer la santé de la population n'est pas la bonne. Bien que j'étais un des plus gros utilisateurs de deniers publics quand je dirigeais l'Institut de cardiologie, je me suis également rendu compte que nous n'obtenions pas le rendement maximal pour nos investissements.

Le Canada a dépensé 170 milliards de dollars l'année dernière pour le système de prestation de soins de santé. Cinquante pour cent des gens qui utilisent le système de prestation de soins de santé sont atteints de maladies qui peuvent être prévenues. Je vous donne un exemple : les mélanomes. Il est tout à fait possible de les prévenir. Pendant que les métastases se forment, le patient coûtera au système de soins de santé entre 100 000 \$ et 200 000 \$ puis il mourra deux ou trois ans plus tard.

D'une façon ou d'une autre, nous nous sommes réunis. Je crois qu'il est de la responsabilité de personnes comme moi, qui ont fait partie du système de prestation de soins de santé, de se réunir et d'amener le changement qui nous donnera une meilleure santé au Canada, un meilleur bien-être et une meilleure productivité. Ces facteurs sont tous interreliés. C'est pourquoi je mets toujours ensemble la productivité, la santé et le bien-être.

Nous voici donc, tentant de décider. Monsieur Hollett, vous avez la sourcière, et ceci devrait être répandu d'un bout à l'autre du pays. Toutefois, nous n'arriverons pas à vendre cette idée à tous. Par exemple, je ne crois pas que les Britannico-Colombiens veulent une idée qui vient de Terre-Neuve. J'ai entendu quelqu'un dire que oui, ils sont intéressés? Bien. Vous m'avez eu encore.

Le concept, plus particulièrement en ce qui concerne les peuples autochtones, doit être vendu au niveau de la collectivité ou nous n'y arriverons jamais. Cela revient à rallier le pouvoir politique. Qui seront les grands gagnants de ce projet si nous y arrivons? Ce sera notre système de prestation de soins de santé. Il réussira à annuler la moitié des dépenses dès le départ si tout réussit. En plus du système de prestation de soins de santé, qui seront les vrais gagnants? Les contribuables canadiens.

Je sais que je dépasse le temps prévu aujourd'hui et je ne m'en excuse pas car j'estime que nous devons terminer cette discussion si nous voulons l'inscrire dans notre rapport. Nous étudions ce sujet depuis plus de deux ans. Nous avons besoin du premier ministre, d'un comité du Cabinet, de tous les premiers ministres provinciaux, des comités du Cabinet provinciaux, ainsi que des comités au niveau municipal qui y correspondent et encore plus important, des comités communautaires qui traitent avec ce type

their own well-being and productivity, and to improve it because they have pride in themselves. I have seen the colour of your dots change in Newfoundland because the communities were proud enough to change the colours, not because of the money pumped in by the premier. Maybe it had something to do with it but the main reason was community pride.

I do not know whether it was Dr. Taylor or Dr. Neudorf who made the point that if we are to create a data bank, we need to have people with the muscle and the manpower to get it up and running. We do not want to reinvent the wheel. I have felt for the last couple of years — and this is the first time I am making it public — that we need CIHI. I do not think Statistics Canada can do it. Mr. Wolfson, because your operations are too complex. You are into too much. I think.

We need to settle this point now. The big criticism about going with CIHI is that someone will say, "Here they go again. They have the health people deal with an issue where they only have a 25 per cent interest." The problem with having Statistics Canada do it is that they have been into this kind of thing for so long and they have big problems with privacy and other issues that might tend to handcuff them, in a way.

It is not often that we have this much brain power around one table, so please tell us today where we have to go.

**Mr. Goel:** Certainly, I would agree with your recommendation. It is not simply whether it is health versus broader statistics because the other critical part is the federal-provincial-territorial partnership. Much of the information that needs to be brought together is at the local and provincial level. This has to be done with community involvement and there must be respect for the way in which information is brought together in the various jurisdictions and provinces.

It is also important to come back to the point that I made earlier, which we talked about on databases and information. In respect of the challenge that you pose on how to address population health issues, certainly we need the information and the data but we also need to disseminate the knowledge and ensure that leadership is in place, starting at the most senior level — the Prime Minister or the Deputy Prime Minister — at every jurisdictional level to take on this issue. We had our experiment in Ontario with the Premier's Council on Health Strategy, which lasted for two governments and then disappeared. We can collect data forever and continue to show the disparities. The knowledge is in place to begin taking action.

**The Chair:** We keep saying that we do not need more data; we need action.

de données que nous devons extraire. Ceci permettra aux collectivités de prendre le contrôle de leur propre vie, de leur bien-être et de leur productivité et même de les améliorer parce qu'ensuite ils retrouveront la fierté. J'ai vu les couleurs changer à Terre-Neuve parce que les collectivités étaient assez fières pour les changer et non pas à cause de l'argent investi par le premier ministre provincial. Peut-être que cet argent a joué un rôle mais je crois que la raison principale est la fierté communautaire.

Je ne sais pas si c'est le Dr Taylor ou le Dr Neudorf qui a indiqué tout à l'heure que si nous voulions créer une banque de données, nous devons être entourés de gens qui ont les muscles et la main-d'œuvre nécessaires pour la mettre sur pied et pour l'administrer. Nous ne cherchons pas à réinventer la roue. J'ai toujours senti depuis les dernières années — et c'est la première fois que je le dis publiquement — que nous avions besoin de l'ICIS. Je ne crois pas que Statistique Canada puisse s'en charger, monsieur Wolfson, parce que vos activités sont trop complexes. Je crois que vous êtes déjà trop occupé.

Nous devons statuer sur ce point maintenant. Le principal inconvénient concernant la collaboration de l'ICIS et que quelqu'un va certainement dire : « Nous y voici encore. Les responsables de la santé traitent un problème dans lequel ils n'ont que 25 p. 100 d'intérêt. » Le problème qui se pose avec Statistique Canada est qu'ils font ce type de chose depuis déjà trop longtemps et qu'ils éprouvent d'énormes problèmes concernant la protection de la vie privée et d'autres problèmes qui peuvent avoir tendance à leur lier les mains.

Il n'est pas fréquent que nous ayons autant de puissance intellectuelle réunie autour d'une table, donc dites-nous ce que nous devons faire.

**M. Goel :** Très certainement, je suis d'accord avec votre recommandation. Il ne s'agit pas uniquement de la santé versus des statistiques plus générales parce qu'il existe un autre point critique c'est-à-dire le partenariat entre le fédéral, les provinces et les territoires. La majorité des renseignements qui doivent être colligés se situe aux niveaux local et provincial. La participation des collectivités est importante et tout doit être fait dans le respect des méthodes utilisées pour recueillir des renseignements dans les différentes juridictions et provinces.

Il est également important de revenir sur le point que j'ai soulevé plus tôt, qui parlait des bases de données et des renseignements. Pour ce qui est du défi posé à savoir comment s'occuper des problèmes de santé de la population, nous avons certainement besoin de renseignements et de données, mais nous avons également besoin de partager les connaissances et de vous assurer qu'un leadership existe, à partir du niveau le plus élevé — le premier ministre ou le vice-premier ministre — à chaque niveau juridictionnel qui doit s'attaquer à un problème. Nous avons eu ce type d'expérience en Ontario avec le Conseil du premier ministre sur la santé, qui a duré pendant deux gouvernements et a ensuite disparu. On peut recueillir des données pendant des siècles et toujours avoir des difficultés. Les connaissances sont en place et nous devons agir.

**Le président :** Nous continuons à dire que nous n'avons pas besoin de plus de données, mais de plus d'action.

**Dr. Neudorf:** Certainly, I agree with your recommendation as well. To reiterate from a local level, when we came up with this idea in Saskatoon, we started calling it a comprehensive community health information system. It was quickly challenged by the rest of the sectors who said, "We know what you mean by 'community health' but it still has the word 'health' in it, and we want a comprehensive community information system." Therefore, we dropped the word, although it did not change the model. It was important for the identity of the system so that people could see that this was about not only health but also well-being and other terms that they used.

We learned quickly that the genesis of the idea is in our Saskatoon regional intersectoral committee, which is a local-level group with all of the human service sectors, community agencies and tribal council. They asked health to take the leadership role in convening and coordinating them and pulling the idea together because we had most of the investment in the infrastructure, analysis and the experience in bringing diverse health data together. They maintained ownership of their data and, more important, they gave us the idea of what data they would need to use from an education, social service and community agency perspective.

It is not an insurmountable obstacle to have a health-related group take the leadership role as long as the other groups know that they have not only a vested interest but also ownership of it and that it is being made in such a way that health as well as all the other ministries can see how they are able to work together toward the betterment of society.

**Mr. Berthelot:** We have to be careful. Your proposal seems to be giving a mandate to CIHI. In your statement, you talk about the database. We need to be careful about understanding that there is local need and there is need for local ownership. The CIHI role could be to help to facilitate the creation of a framework and a consensus across the country, which will be a challenging task. However, we cannot forget Statistics Canada, which is a key partner. We must work with Statistics Canada, regardless of who takes the lead. Statistics Canada is the national statistical agency and has a great deal of data that we need to harvest and utilize.

With much more data coming in, we could do much more and not wait for two years. Many things could be done with what we have. Statistics Canada has to be part of the picture because they have so much information on so many sectors, including the census. However, in terms of the comments made about the federal-provincial relationship, CIHI is an example of where things are a bit outside an official relationship. We work more with partners. We have bilateral agreements with all the provinces. If this becomes held beyond that, we also need to have that discussion to make sure we get the buy-in. If we do not get the buy-in from education and social services departments to

**Dr Neudorf :** Bien sûr, je suis d'accord avec votre recommandation également. Pour revenir sur l'aspect local, lorsque nous avons eu cette idée à Saskatoon, au début nous avons parlé de système complet de renseignements sur la santé communautaire. Très vite nous avons été critiqués par le reste des secteurs qui ont dit « Nous savons ce que vous voulez dire par «santé communautaire» mais il existe toujours le mot «santé», et ce que nous souhaitons c'est un système complet de renseignements communautaires. » Par conséquent, nous avons laissé tomber ce terme, bien que nous n'ayons pas changé le modèle. Il était important pour l'identification du système que les personnes puissent voir qu'il ne traite pas uniquement de santé, mais également de bien-être et d'autres termes utilisés.

Nous avons rapidement appris que l'idée vient de notre comité intersectoriel régional de Saskatoon qui regroupe, à l'échelle locale, tous les secteurs des services sociaux, les organismes communautaires et le conseil tribal. Ils ont demandé à Santé de jouer le rôle de chef de file en les convoquant et en donnant naissance à cette idée, parce que Santé avait la majeure partie de l'investissement dans l'infrastructure, l'analyse et l'expérience pour rassembler diverses données sur la santé. Ils ont conservé la propriété des données et, surtout, ils nous ont indiqué les données qu'ils auraient besoin d'utiliser du point de vue de l'éducation, des services sociaux et des organismes communautaires.

Il n'est pas impossible qu'un groupe lié à la santé joue le rôle de chef de file si les autres groupes savent qu'ils n'ont pas seulement un intérêt direct, mais aussi une appartenance à ce groupe, qui est créé de manière à ce que Santé et tous les autres ministères puissent voir comment ils peuvent travailler ensemble pour le mieux-être de la société.

**M. Berthelot :** Il faut faire attention. Dans votre proposition, vous semblez donner un mandat à l'ICIS. Vous parlez de la base de données dans votre déclaration. On doit faire attention et comprendre qu'il y a un besoin local et que la propriété locale est un besoin. Le rôle de l'ICIS pourrait être d'aider à faciliter la création d'un cadre et d'un consensus au pays, ce qui sera une tâche difficile. Toutefois, on ne peut pas oublier Statistique Canada, qui est un partenaire clé. On doit collaborer avec Statistique Canada, peu importe qui prend la barre. Statistique Canada est l'organisme statistique national du Canada et il possède une grande quantité de données qu'on doit exploiter et utiliser.

Si on avait beaucoup plus de données, on pourrait faire beaucoup plus et on n'aurait pas besoin d'attendre deux ans. De nombreuses choses pourraient être faites avec ce qu'on a. Statistique Canada doit faire partie du groupe, parce qu'il a beaucoup d'informations sur de nombreux secteurs, notamment le recensement. Cependant, en ce qui concerne les commentaires formulés sur la relation fédérale-provinciale, l'ICIS est un exemple de cadre dans lequel on s'écarte un peu des relations officielles conventionnelles. On travaille davantage avec des partenaires. On a des accords bilatéraux avec toutes les provinces. Si on en venait à dépasser cela, on devrait également

work with the stakeholders and identify what the needs would be for education and social services, we will be setting ourselves up for failure.

It is a possibility. It is something we are good at, but we need to be careful about what we are asking CIHI to do. We cannot do everything.

**The Chair:** If you are whipped hard enough, you can.

Mr. Wolfson, how many times in life have you told me I am wrong? If I am wrong here, tell me again.

**Mr. Wolfson:** I am not going to say anything about whether you are right or wrong. Instead, I want to suggest that it is important to make a distinction among three kinds of things that are on the table now. The first is where various kinds of data are held, and how accessible they are. Second is the leadership with respect to the way in which data ought to be collected — the vision, the architecture — and working with all the key constituents who must cooperate and come to share a vision for anything to happen. Third is the realm of commenting on policy. Both CIHI and Statistics Canada share the characteristic that we do not do that. There have been a number of discussions at the CIHI board over the years and that has been continually reinforced.

We are not talking about policy here, that should be clear, and I think policy is an important question. There needs to be also a pan-Canadian and pan-sectoral locus that gets into the policy question, not directly saying your policy is great and the other policy is no good, but in terms of saying how do we judge — let me leave that aside.

I think CIHI definitely has a better structure with its board in terms of handling the federal-provincial area in health. The data repository business is different. Statistics Canada has several unique, comparative advantages. We do have legislation. We do have an excellent history and capacity in record linkage, which is fundamental to much of what we are talking about.

We have talked mostly about administrative data sets here, whether it is the current health care records, the emerging electronic health record or social assistance data that are not being put together at a national level generally but are in some provinces. However, let us not forget that most of the population health data that really is population health is coming from things like the Canadian Community Health Survey, and shortly, from the Canadian Health Measures Survey.

In the area of education, to take another example, we do struggle with the provinces to get basic data on enrolment in community colleges and universities, or to get test scores. Lord knows when we will ever get those from the secondary school system.

tenir cette discussion pour s'assurer d'obtenir l'accord des parties. Si on n'obtient pas l'accord des ministères de l'Education et des Services sociaux pour collaborer avec les intervenants et déterminer les besoins en matière d'éducation et de services sociaux, on est voué à l'échec.

C'est une possibilité. On est bon dans ce domaine, mais on doit faire attention à ce qu'on demande de faire à l'ICIS. On ne peut pas tout faire.

**Le président :** Si on vous pousse dans le dos, vous pouvez.

Monsieur Wolfson, combien de fois m'avez-vous dit que j'avais tort? Si j'ai tort, dites-le-moi.

**Mr. Wolfson :** Je ne vais pas vous dire si vous avez raison ou tort. Je veux plutôt dire qu'il est important de faire la distinction entre les trois choses qui sont sur la table. La première est l'endroit où se trouvent les données et leur accessibilité. La deuxième est le leadership quant à la manière de recueillir ces données — la vision, l'architecture — et à la collaboration avec tous les éléments clés qui doivent coopérer et partager une vision pour que quelque chose se passe. La troisième est la formulation de commentaires sur les politiques. L'ICIS et Statistique Canada ont la particularité de s'en abstenir. Au fil des ans, le conseil de l'ICIS a tenu nombre de discussions et cette attitude s'est constamment renforcée.

On ne parle pas des politiques ici, ce doit être clair, et je crois que les politiques sont une question importante. Il faut également un centre pancanadien et pansectoriel qui s'occupe de la question des politiques, non pas dans le but de qualifier la politique de bonne ou de mauvaise, mais plutôt de définir nos critères d'évaluation — et je n'en dirai pas plus long.

Je crois que l'ICIS est nettement mieux structuré, avec son conseil, pour gérer la dimension fédérale-provinciale de la santé. L'entreposage des données est différent. Statistique Canada a plusieurs avantages particuliers. Nous nous appuyons sur une loi. On a toujours très bien réussi, et on peut encore le faire, à coupler des dossiers, ce qui est essentiel pour la plupart des sujets dont on parle.

On a surtout parlé des ensembles de données administratives, que ce soit les dossiers médicaux courants, les dossiers de santé électroniques ou les données sur l'aide sociale qui ne sont pas regroupés à l'échelle nationale mais qui le sont dans certaines provinces. Toutefois, n'oublions pas qu'une grande partie des données sur la santé de la population, qui concernent vraiment la santé de la population, sont tirées d'enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et, bientôt, de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé.

Dans le domaine de l'éducation, pour prendre un autre exemple, on se bat avec les provinces pour obtenir les données de base sur l'inscription dans les collèges communautaires et les universités ou pour obtenir les résultats des examens. Dieu sait quand on obtiendra ces données du réseau des écoles secondaires.

On the other hand, if you look at where are some of the most important advances in our understanding of the dynamics of young people — who goes to university and why — it is coming from the Youth in Transition Survey combined with the Programme for International Student Assessment, or PISA.

Understanding cannot drill down to a local level because the sample size is not big enough, but having that understanding is fundamentally dependent on Statistics Canada's survey capability, which is unparalleled in the country.

Last but not least, on the data holding part, I got a chuckle the one time I mentioned that some people think we are data huggers. We are concerned, as an organization, about really doing something and making a breakthrough on making available not just the tables or the things you can see on the Internet but the microdata available to bona fide researchers.

There are two ideas I will mention. First, we are actively pursuing real-time remote access. Our hope is that the software can be made smart enough now that we can actually do that — log on from anywhere in the Internet. If you have the right token and you are a good person — that is part of it — we will have software that will filter the incoming requests, run them and filter the outgoing stuff and try to ensure it is all non-confidential.

The second thing, which I would not recommend thinking too hard about today, is that at some point it might be useful to reflect on the idea of opening up the Statistics Act and saying: should we create another category? Right now, you are either inside Statistics Canada or you are outside. The idea around this is should there be something like a designated researcher or a dedicated analyst? The reason we would want to think about that is to ensure that we would have some sort of criminal sanctions that would be enforceable if there is a breach of confidentiality. We are talking about extremely sensitive data here. We need to be able to draw a clear distinction between those folks who really do have a need to know and the bona fides that have been properly established, and everyone else. We could enter into a contract with a designated researcher/analyst, which would address the data access problem.

CIHI and the board could grow into a broader role. That is a comparative advantage on their part. Neither of us should be getting into policy, but it is really the policy issues that ought to be driving the kinds of data and information systems that we are developing. Statistics Canada already has this tremendous comparative advantage in record linkage, the ability to assemble the microdata and the surveys.

I will add one more thing. Just so we are clear: CIHI and Statistics Canada are, to some extent, both asking the provinces for administrative microdata. What we are asking for lately, which has proven to be challenging, is hugely more sensitive than what CIHI has been asking for. We have been asking not only for

D'un autre côté, si on jette un œil aux progrès les plus importants qu'on a réalisés dans notre compréhension de la dynamique des jeunes — quels sont ceux qui vont à l'université et pourquoi —, cela vient de l'Enquête auprès des jeunes en transition ainsi que du Programme international pour le suivi des acquis des élèves, ou PISA.

La compréhension ne peut pas aller jusqu'au niveau local, parce que l'échantillon n'est pas suffisamment important, mais cette compréhension dépend essentiellement de la capacité d'enquête de Statistique Canada, qui est inégalée au pays.

Enfin, en ce qui concerne le dépôt des données, j'ai fait sourire mes interlocuteurs la fois où j'ai dit que certaines personnes croient que nous sommes des fanatiques des données. Comme organisation, on a le souci de vraiment parvenir à rendre disponibles non seulement les tableaux ou les données sur le Web, mais aussi les micro-données à l'intention des chercheurs sérieux.

Je vous ferai part de deux idées. D'abord, on s'intéresse activement à l'accès à distance en temps réel. On espère que les logiciels d'aujourd'hui puissent le permettre — ouvrir une session à partir de n'importe où sur le Web. Si vous avez la bonne occurrence et que vous êtes une bonne personne — entre autres choses —, des logiciels filtreront les demandes requises, les exécuteront et filtreront les données sortantes en veillant à ce qu'aucune d'elles ne soit confidentielle.

La deuxième chose, à laquelle on ne s'attardera pas trop aujourd'hui, c'est qu'à un certain point il pourrait être utile de réfléchir à l'idée de rouvrir la Loi sur la statistique pour se poser la question : devrait-on créer une autre catégorie? A l'heure actuelle, soit on fait partie de Statistique Canada, soit on n'en fait pas partie. La question est : devrait-il y avoir un chercheur ou un analyste désigné? Il faut y réfléchir afin de mettre en application des sanctions pénales en cas de manquement à l'obligation de confidentialité. On parle ici de données de nature extrêmement délicate. On doit être en mesure de distinguer clairement les personnes qui ont vraiment besoin de savoir et dont la bonne foi a été établie, et toutes les autres. On pourrait conclure un contrat avec un chercheur ou un analyste désigné qui résoudrait les problèmes d'accès aux données.

L'ICIS et le conseil pourraient assumer un plus grand rôle. C'est un de leurs avantages particuliers. Aucun de nous ne devrait aborder les politiques, mais ce sont vraiment les questions stratégiques qui doivent guider l'élaboration des systèmes de données et d'information. Statistique Canada a déjà cet énorme avantage dans le couplage de données, la capacité de recueillir les micro-données et les sondages.

J'ajouterais une dernière chose pour que ce soit clair. Dans une certaine mesure, l'ICIS et Statistique Canada demandent tous deux aux provinces de leur fournir leurs micro-données administratives. Les données que nous avons demandées dernièrement, ce qui s'est avéré difficile, sont de nature

the anonymous, no ID on them, health care records, we are asking for everyone's name and address — the patient registry.

Why are we doing that? Without it, we cannot link the 500,000-plus CCHS records — and coming up, the health measures record. We should not be surprised if that is taking longer and raising more questions. It is the inner sanctum, or the Crown jewels — the most sensitive part of the provincial health care record systems.

**The Chair:** You two people have to solve this aspect.

**Mr. Berthelot:** We need to ensure that there is no duplication of effort between CIHI and Statistics Canada. The Statistics Act is one way by which the data can be housed, securely used and protected. CIHI has been working for 15 years, and we have very sensitive data and other mechanisms, such as public health agencies and urban public health networks. There are other mechanisms and all of them have pros and cons. The Statistics Act is strong in terms of protecting the information and the privacy, but there are some issues about getting access to data.

As Mr. Wolfson has said, there are some activities that must be done by Statistics Canada. For some activities, maybe it is CIHI. For others, maybe it is the provincial minister of education. We need to come to the table with an open mind about the responsibilities and finding the model. We need to come up with new ways of doing things, and we need to come to the table with that in mind.

We should not duplicate any activities between CIHI and Statistics Canada. The Chief Statistician is a member of our board, and we work hard to ensure that there is no duplication in terms of collection of data.

In terms of views, there are more analytical and policy questions that need to be answered than there are analysts in the country. Having many people working on specific topics is fine, but in collecting information we should make sure that there is no duplication of effort. We should make sure that what Canada Health Infoway is putting on the field with the EMR and EHR, if it does substitute for some of the data we collect now, is acknowledged when it is at the proper stage. That is our responsibility, as pan-Canadian and national organizations, to make sure that there is no duplication. We must work together here. It will only work if we work together.

**Mr. Frojmovic:** A great deal seems to be potentially at stake here. Maybe it is a case of definitions. What do we mean by saying that Community Accounts or another model is good for all of Canada? In terms of leadership, what do we mean by leadership?

Statistics Canada, from the point of view of people like me who work with data, is a vital part of our national landscape. There is an opportunity here to invest in that, and Statistics Canada's organization seems to be at a crossroads.

beaucoup plus délicate que celles que l'ICIS a demandées. Nous ne demandons pas seulement des dossiers médicaux anonymes, nous demandons aussi le nom et l'adresse qui vont avec chacun — le registre des patients.

Pourquoi fait-on cela? Sans cela, nous ne pouvons pas coupler les 500 000 dossiers et plus de l'ESCC — et bientôt, les dossiers sur les mesures de la santé. Nous ne devrions pas être surpris si le processus est plus long et suscite d'autres questions. C'est le saint des saints, les joyaux de la couronne — la partie la plus délicate des systèmes de dossiers médicaux provinciaux.

**Le président :** Vous devez régler cet aspect tous les deux.

**M. Berthelot :** Nous devons veiller à ce qu'il n'y ait aucun dédoublement d'effort entre l'ICIS et Statistique Canada. Grâce à la Loi sur la statistique, les données peuvent être entreposées, utilisées de façon sûre et protégées. L'ICIS est à l'œuvre depuis 15 ans, et il possède des données de nature très délicate et d'autres mécanismes, notamment les services de santé publique et les réseaux pour la santé urbaine. Il existe d'autres mécanismes, et ils comportent tous des avantages et des inconvénients. La Loi sur la statistique protège efficacement l'information et la vie privée, mais l'accès aux données cause certains problèmes.

Comme M. Wolfson l'a dit, il y a certaines activités qui doivent relever de Statistique Canada. D'autres, de l'ICIS. Pour d'autres encore, la responsabilité reviendra peut-être au ministre provincial de l'Éducation. Il faut arriver à la table l'esprit ouvert au sujet des responsabilités et du modèle à adopter. Il faut trouver de nouvelles façons de faire et s'asseoir en ayant cela à l'esprit.

L'ICIS et Statistique Canada ne devraient pas mener les mêmes activités. Le statisticien en chef est membre de notre conseil, et nous nous efforçons de faire en sorte que la collecte des données ne soit pas effectuée en double.

En ce qui concerne les points de vue, il y a plus de questions analytiques et stratégiques auxquelles il faut répondre qu'il y a d'analystes au pays. Il est bien qu'un grand nombre de personnes travaillent sur des sujets précis, mais on doit s'assurer qu'il n'y a pas de dédoublement d'efforts dans la collecte d'information. On doit s'assurer que l'information qu'Inforoute Santé du Canada fait circuler sous forme de dossiers médicaux électroniques et de dossiers de santé électroniques, si elle remplace certaines des données que l'on recueille maintenant, est reconnue au moment approprié. On a la responsabilité, à titre d'organisations pancanadiennes et nationales, de s'assurer qu'il n'y a aucun dédoublement. On doit collaborer. On n'obtiendra des résultats qu'en travaillant ensemble.

**M. Frojmovic :** Il semble que beaucoup pourrait être en jeu ici. Il s'agit peut-être d'un problème de définitions. Qu'est-ce qu'on veut dire lorsqu'on dit que le modèle des comptes communautaires ou qu'un autre modèle est bon pour tout le Canada? Qu'entend-on par leadership?

Statistique Canada, du point de vue des personnes comme moi qui travaillent avec des données, est un élément capital du paysage national. Il est possible d'investir dans ce secteur, et l'organisation de Statistique Canada semble être à la croisée des chemins.

On a practical level, we are trying to get vital statistics for 2004 on municipalities, and we are being told there is nothing available beyond 2003. We find that absolutely deplorable. If you are telling us CIHI can do it better, I suppose we can live with that. However, what we probably believe is that there needs to be a greater level of investment and support for Statistics Canada to allow something as simple as vital statistics to be up to date within the last six months. Having to wait, as we have in our case, for stuff that is now six years old seems totally unacceptable.

With respect to leadership, from the dialogue that was happening between both CIHI and Statistics Canada here around the table, it sounds as though there is a sorting out of who takes the lead in what. However, saying that Statistics Canada is too complex or there are too many limitations with it, the answer seems to be to address those limitations and strengthen their capacity, rather than saying we should let someone else try it. There is an opportunity here to further invest in Canada's statistical agency. That seems to be, at the end of the day, an opportunity not to lose. CIHI may have a leadership role, but let us define what we mean by "leadership" and in what context.

On the question of model, as a user of Community Accounts, there are different things going on. There is the model of the conceptual framework, the model of the ability to bring together all the disparate sources of data into one place, and the model of the software and the web-based interface that is used. Each of those potentially has applications elsewhere, but, again, as to which is best applied everywhere, we need to be more careful.

So far as the ability to collect data is concerned, that is particular to certain provinces. They have done it well in Newfoundland, but that is not simple to replicate. The interface will vary from place to place. The framework itself may or may not be the thing that other Canadians would want. We must be clear on what aspect of the model is being replicated and what we mean exactly by leadership because much is at stake. We definitely want to make the right decision.

**Mr. Smith:** I would agree that we need some sort of leadership from the top — the federal government, CIHI and Statistics Canada — but I would disagree to some extent with how we are focusing this and the direction in which it might go. Much of this data is collected within provinces. Knowledge around understanding that data, the implication of the programs and how things have evolved in understanding the data is there and on the ground. Transferring all of that local knowledge and expertise to a central agency will probably be very impractical.

Second, I believe that the local players want to be involved in the process. We run into this with the Aboriginal communities as well when we talk to them about delivering information to those communities. They do not just want us to do the analysis and dump a report on the doorstep. They want to be part of the process, and the provinces also want to be part of the process. We

Concrètement, nous tentons d'obtenir les statistiques de l'état civil de 2004 concernant les municipalités, et on nous a dit qu'aucune donnée postérieure à 2003 n'est disponible. C'est tout à fait déplorable. Si on nous dit que l'ICIS peut faire mieux, je suppose que nous pouvons nous en arranger. Toutefois, nous croyons qu'il faut beaucoup plus d'investissements et de soutien à Statistique Canada pour qu'il puisse faire quelque chose d'aussi simple que de mettre à jour les statistiques de l'état civil des six derniers mois. Devoir attendre, comme nous l'avons fait, des données qui datent maintenant de six ans semble totalement inacceptable.

Quant au leadership, d'après la discussion tenue ici entre l'ICIS et Statistique Canada, il semble qu'il faut clarifier qui prend la direction de quoi. Cependant, déclarer que Statistique Canada est trop complexe ou qu'il y a trop de restrictions ne sert à rien; la réponse semble être d'examiner ces restrictions et de renforcer leur capacité, plutôt que de dire qu'il faudrait laisser quelqu'un d'autre essayer. Nous avons une occasion d'investir davantage dans l'organisme statistique du Canada. Tout bien considéré, voilà une occasion à ne pas manquer. Oui, l'ICIS peut assumer un rôle de chef de file, mais il faut d'abord définir cette notion et déterminer le contexte dans lequel on l'emploie.

Concernant la question du modèle, en tant qu'utilisateur des comptes communautaires, il se passe différentes choses. Il y a le modèle du cadre conceptuel, le modèle de la capacité de rassembler toutes les sources de données disparates en un même endroit, et le modèle du logiciel et de l'interface Web utilisée. Chacun d'eux peut avoir des applications ailleurs mais, une fois encore, il faut faire plus attention à ce qui est appliqué partout.

En ce qui concerne la capacité de recueillir des données, c'est particulier à certaines provinces. Terre-Neuve a bien réussi, mais ce n'est pas simple à reproduire. L'interface variera d'un endroit à l'autre. Le cadre lui-même peut être ou ne pas être celui que d'autres Canadiens voudraient. Nous devons préciser l'aspect du modèle à reproduire et définir exactement ce qu'on entend par leadership, parce qu'il y a beaucoup en jeu. Nous sommes résolus à prendre la bonne décision.

**M. Smith :** Je suis d'accord sur le fait qu'il faut une forme quelconque de leadership exercé d'en haut — par le gouvernement fédéral, l'ICIS et Statistique Canada — mais je suis un peu en désaccord avec notre façon d'examiner la question et la direction qu'elle pourrait prendre. Une grande partie de ces données sont collectées dans les provinces. Les connaissances sur la compréhension de ces données, l'incidence des programmes et l'évolution de la compréhension des données sont là et sur le terrain. Transférer toute cette expertise et ces connaissances locales à un organisme central ne sera probablement pas très pratique.

Deuxièmement, je crois que les acteurs locaux veulent participer au processus. Nous nous sommes rendu compte de ce fait dans le cas des collectivités autochtones également, quand nous leur parlons de leur fournir des renseignements. Elles ne veulent pas seulement qu'on fasse l'analyse et qu'on leur envoie un rapport. Elles veulent prendre part au processus, et les

need to include them in some capacity. They have local expertise and universities with whom they have relationships, and they want that leveraged in some capacity.

The federal government and national organizations such as Statistics Canada and CIHI can provide leadership on how you people out there in the provinces will do this. They can provide information on capability, technique and organization and can facilitate coordination between groups. It is very similar to the kind of model that Health Canada adopted under Dr. Taylor's leadership. When Health Canada wanted to develop a national diabetes survey, they did not try to collect all the provinces' data. Rather, they spread the word on how to do it and, through that process, collaborated and got that information. That is very healthy for this country because it develops capacity in all ten provinces and two territories, and it involves people at the local level. That is the kind of leadership we need from the top.

**Mr. Hollett:** It is critical that the provinces be involved. Part of the problem I have seen over the years, as our province's Chief Statistician, is the fact that too much is happening in Ottawa. We are inadequately resourced locally, and the way things have gone, especially in recent years when HRDC had the problem and everything tightened up many fold, it caused huge difficulties in terms of the opposite of what we want here, and that is more data sharing. We got less data sharing and, of course, Statistics Canada was cut off in the cost recovery process, which did not help at all. Big federal departments or the Bank of Commerce could afford the data but, for me, we spent a lot of money with Statistics Canada; however, it was half money, half blood.

The provinces have to be involved because it is time for them to become accountable on this issue and be participants. Ottawa is not directly responsible for the well-being of every person in every community. This is partly about making people more responsible for themselves and empowering them to help themselves. They cannot do a brain operation but they might learn some things from the information, with a little help, to avoid such circumstances.

I would like to see, over time, the provincial and territorial statistics agencies being partners in this project, and those who are able and have a role to play could start being what they were intended to be in the first place. The basic governments are there, so you would have CIHI, Statistics Canada and each province and territory being an actual partner. If you go that way, and this is also integral to the approach that this committee and the federal government would take in the implementation, you want to get premiers involved so that they understand that something new is being done and that they need to be involved. Without that support, it is difficult for provincial and territorial governments to do a proper job, and if they are not doing a proper job, you are

provinces aussi veulent participer au processus. On doit les intégrer d'une manière ou d'une autre. Elles possèdent l'expertise locale, elles ont des relations avec les universités, et elles veulent qu'on en tire parti d'une façon ou d'une autre.

Le gouvernement fédéral et les organismes nationaux comme Statistique Canada et l'ICIS peuvent faire preuve de leadership quant à la façon de faire des provinces. Ils peuvent fournir de l'information sur la capacité, la technique et l'organisation et peuvent faciliter la coordination entre les groupes. C'est très semblable au modèle que Santé Canada a adopté sous la direction du Dr Taylor. Quand Santé Canada a voulu lancer une enquête nationale sur le diabète, il n'a pas essayé de collecter les données de toutes les provinces. Il a plutôt exposé une façon de faire et, par ce processus, a collaboré pour obtenir cette information. Ce processus est très sain pour le pays, parce qu'il permet de développer une capacité dans les dix provinces et les deux territoires, et il fait participer les gens à l'échelle locale. C'est le type de leadership exercé d'en haut dont on a besoin.

**M. Hollett :** Il faut la participation des provinces. À titre de statisticien en chef de ma province, j'ai constaté au fil des ans qu'une partie du problème vient du fait que beaucoup trop de choses se passent à Ottawa. Nous n'avons pas les ressources adéquates à l'échelle locale, et de la façon dont les choses ont tourné, en particulier ces dernières années lorsque DRHC a eu le problème et que tout s'est vraiment resserré, cela a causé d'énormes difficultés et c'est tout le contraire de ce que nous voulons ici, c'est-à-dire accroître la mise en commun des données. Au contraire, ceci a diminué et, évidemment, Statistique Canada a été isolé dans le processus de recouvrement des coûts, ce qui n'a pas aidé du tout. Les gros ministères fédéraux ou la Banque de Commerce auraient les moyens d'obtenir les données mais, à mon avis, beaucoup d'argent est allé à Statistique Canada; cependant, c'était moitié argent, moitié labeur.

Les provinces doivent avoir un rôle à jouer, parce qu'il est temps qu'elles deviennent responsables en ce qui concerne cette question et qu'elles apportent leur contribution. Ottawa n'est pas directement responsable du bien-être de chaque personne dans chaque collectivité. Il s'agit en partie de responsabiliser davantage les gens à l'égard d'eux-mêmes et de leur donner les outils pour les aider à y arriver. Ils ne peuvent pas faire une opération au cerveau, mais, grâce à l'information et avec un petit coup de main, ils peuvent apprendre à éviter d'en arriver à une telle situation.

J'aimerais qu'avec le temps, les organismes statistiques provinciaux et territoriaux soient partenaires dans ce projet, et que ceux qui ont la capacité et qui ont un rôle à jouer puissent commencer à assumer le rôle qu'on leur avait donné au départ. Les principaux gouvernements sont là, donc l'ICIS, Statistique Canada et chaque province et territoire seraient de véritables partenaires. De cette façon, et ça fait également partie intégrante de l'approche que ce comité et le gouvernement fédéral adopteraient dans la mise en oeuvre, on veut que les premiers ministres participent afin qu'ils comprennent que quelque chose de nouveau est fait et que leur participation est nécessaire. Sans ce soutien, il est difficile pour les gouvernements provinciaux et

right back to where you started. You could have some data, but nobody is using it.

As for talking about what we do not have, we must start with what we do have. If we waited until we had everything or some unique or esoteric data set from linked data files, we could be waiting for five years when, instead, you could have something out there in probably a year or 18 months. If you take the Community Accounts — I am not saying this from a sales perspective — and you want to get something out there quickly, Community Accounts is ready to roll. We have been migrating in information for each province. For those of you who have not looked, you will find it is incrementally becoming a lot of information for other provinces. It is a matter of moving ahead with that.

A great weakness that could be embodied in this exercise is getting hung up on what is not there, which is a sacrifice to getting information that is there. In terms of the Community Accounts framework, it is a matter of emphasis. What is in Community Accounts right now will not do the job for First Nations without modifications. It is the same as if you have data for Vancouver in that you would want to modify it based upon what is important to Vancouver. You will not build up the fisheries sector for Toronto in the same way.

It is true that that sort of thing needs to be looked at, but a huge amount of potential is there for just moving ahead and getting something out there.

**Senator Cook:** I want to thank you, Ms. Dodds, for raising the issue on mental health. My first challenge when I came here was Senator Kirby, and the latest one is sitting at the front of the table. They have challenged me to do things that I never dreamt of doing, but when I look at the outcome of *Out of the Shadows at Last*, we made a difference in the lives of Canadians, and it was wonderful.

As for Dr. Keon, it took me a while to figure out what the man was about and what his aims and objectives were. With patience from him — and nights of not sleeping for me — I think I have forged an idea of where we want to go in this country. I do not care if you call it CIHI, or whatever; I do not care if you are called the leader or the coordinator — I do not care what you are called. I asked a question. We put out a model for mental health, we created a commissioner and we created a round table, a commission, from the people whom we needed at that table to drive the idea so that it would become reality. Can we not look at the same kind of thing here and get on with it? There is so much wisdom here; surely, we can find a table small enough — not big enough, because too many of us will talk too much — and get on with it? I do not care who pulls it together, as long as all the elements that we need are there and that you are flexible in your thinking and that you go for the greater good.

Thank you, Mr. Chair; that is my rant.

territoriaux de faire du bon travail, et s'ils ne font pas du bon travail, on revient à la case départ. On pourrait avoir des données, mais personne ne les utiliserait.

Au lieu de parler de ce que nous n'avons pas, nous devons commencer par ce que nous avons. Si nous avions attendu de tout avoir ou d'avoir des données uniques ou ésotériques tirées de fichiers de données en chaîne, nous aurions pu attendre cinq ans alors que nous pourrions probablement les avoir dans 1 à 18 mois. Prenons par exemple les comptes communautaires — je ne tente pas de vendre le modèle — vous désirez obtenir des données rapidement, ce modèle est prêt à utiliser. Nous avons versé de l'information pour chaque province. Pour ceux d'entre vous qui n'ont pas vérifié, vous constaterez que la quantité d'information devient de plus en plus importante pour d'autres provinces. Il s'agit d'aller de l'avant.

Cet exercice pourrait comporter une grande faiblesse : celle de s'acharner à trouver ce qui n'est pas là, au détriment de l'obtention de l'information qui y est. En ce qui concerne le cadre des comptes communautaires, c'est une question d'accent. Ce qui figure dans les comptes communautaires actuellement ne fera pas l'affaire pour les Premières nations sans modifications. C'est comme si on avait les données de Vancouver et qu'on voulait les modifier en fonction de ce qui est important pour Vancouver. On ne renforcera pas le secteur des pêches pour Toronto de la même manière.

Il est vrai que ce genre de chose doit être examiné, mais un énorme potentiel est là d'aller de l'avant et de parvenir à des résultats.

**Le sénateur Cook :** Je tiens à vous remercier, madame Dodds, d'avoir soulevé la question de la santé mentale. Mon premier défi lorsque je suis arrivée ici a été lancé par le sénateur Kirby, et le dernier, par la personne assise devant la table. Ils m'ont mise au défi de faire des choses dont je n'ai jamais rêvé de faire, mais quand je regarde les résultats de *De l'ombre à la lumière*, je constate que nous avons fait une différence dans la vie des Canadiens, et c'est merveilleux.

Quant au Dr Keon, ça m'a pris un moment pour comprendre où cet homme voulait en venir, ses objectifs et ses buts. Grâce à sa patience — et les nuits où il n'a pas dormi à cause de moi — je pense que je me suis fait une idée de la direction que nous allions prendre pour ce pays. Peu importe que vous l'appeliez l'ICIS, ou autre; peu importe qu'on vous appelle leader ou coordonnateur — le nom est sans importance. J'ai posé une question. Nous avons mis en place un modèle pour la santé mentale, un commissaire, et nous avons créé une table ronde, une commission, avec les gens dont nous avions besoin à cette table pour faire de cette idée une réalité. Pourrions-nous envisager quelque chose de semblable ici puis passer à autre chose? Il y a tellement de sagesse ici; nous pouvons sûrement trouver une table assez petite — pas trop grande, parce que beaucoup d'entre nous parlent beaucoup trop — et faire avancer les choses? Je me fiche de qui la mettra sur pied, pour autant que tous les éléments dont nous avons besoin soient là et que tous fassent preuve d'ouverture et collaborent dans l'intérêt commun.

Merci, monsieur le Président; ce sont mes élucubrations.

**Mr. Wolfson:** I do not want to end on too mundane a note but, first on the vital statistics, we had about \$100,000 a year to do the geocoding on that for a while but the money went away. We have been generously funded for the health surveys. Regarding vital statistics, the budget is the same as it was 20 years ago. The other thing on vital statistics and timeliness, the last time I looked, the agreement we had with Quebec was signed by Maurice Duplessis in 1948. We are using microfilms. We have been trying to move to real-time electronic stuff but it has been held up with other stuff with Passport Canada, and so on. We have the technology and we are ready to roll, as are some of the provinces. However, money is involved if we want to go there.

Finally, on a less mundane note, on the Community Accounts, I want us to bear in mind that it is a framework. When you say, "Mr. Hollett, let us get rolling to do average income," the data is half on the shelf if we want to do smoking. You cannot do it at the small area level. If you want to do the number of heart attacks, you can do that. If you want to do the per cent of survival, you can only do that if you link the heart attack event to the vital record, and we cannot get it on a timely basis to do that. If we want to go even further and say, "I want to know how my community is doing in terms of revascularization, heart attacks and survival," we will not get there without the EHR. What you can put into that Community Account framework will depend on the information system. It is part of the story.

**The Chair:** Thank you so much, everyone. God bless you all. Everyone has been a great contributor. I think we are close to knowing what we want to write.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:30 p.m. to examine and report on the impact of the factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

**Senator Wilbert J. Keon (Chair)** in the chair.

[English]

**The Chair:** Honourable senators and guests, we want to proceed to hear about the daycare centre. We have a number of people from Seabird Island First Nation. We can see all of you; I hope you can see all of us. I am Senator Keon. On my right are Senator Cook, Senator Eaton, Senator Pépin and Senator Champagne.

**M. Wolfson :** Je ne veux pas terminer sur une note trop banale, d'abord en ce qui concerne les statistiques de l'état civil, nous avions environ 100 000 \$ par année pour faire le géocodage mais l'argent a disparu. Nous avons reçu un financement généreux pour les enquêtes sur la santé. En ce qui a trait aux statistiques de l'état civil, le budget est le même qu'il y a 20 ans. L'autre chose à propos des statistiques de l'état civil et de l'actualité, la dernière fois que j'ai vérifié, l'accord conclu avec Québec a été signé par Maurice Duplessis en 1948. Nous utilisons les microfilms. Nous essayons de passer aux données électroniques en temps réel, mais c'est retardé par d'autres choses avec Passeport Canada, et ainsi de suite. Nous avons la technologie et nous sommes prêts à avancer, comme certaines provinces. Mais l'argent a aussi son importance si on veut y arriver.

Enfin, sur une note moins banale, pour ce qui est des comptes communautaires, j'aimerais qu'on ne perde pas de vue qu'il s'agit d'un cadre. Quand vous dites : « M. Hollett, permettez-moi de connaître les données sur le revenu moyen », la moitié des données est disponible si nous voulons connaître les données sur le tabagisme. Vous ne pouvez pas le faire à petite échelle. Si vous désirez connaître le nombre de crises cardiaques, vous le pouvez. Si vous voulez savoir le pourcentage de survie, vous ne le pouvez qu'en couplant l'incident de la crise cardiaque à l'acte de l'état civil, et nous ne pouvons pas obtenir ce dernier rapidement. Nous pouvons même aller plus loin en disant : « Je veux savoir ce qu'il en est de la revascularisation, des crises cardiaques et de la survie dans ma collectivité », nous ne pourrons pas vous répondre sans les dossiers de santé électroniques. Ce que vous pourrez intégrer dans le cadre des comptes communautaires dépendra du système d'information. C'est un facteur essentiel.

**Le président :** Merci beaucoup tout le monde. Que Dieu vous bénisse tous. Chacun a apporté une contribution précieuse. Je pense que nous sommes sur le point de savoir ce que nous voulons écrire.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 00 pour étudier les facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement déterminants sociaux de la santé, et pour faire rapport sur ce sujet.

**Le sénateur Wilbert J. Keon (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Chers collègues et invités, il est maintenant temps d'entendre parler des garderies. Nous sommes en communication avec un certain nombre de gens de la Bande de Seabird Island. Nous vous voyons tous et j'espère qu'il en est de même pour vous. Je suis le sénateur Keon et je vous présente, à ma droite, le sénateur Cook, le sénateur Eaton, le sénateur Pépin et le sénateur Champagne.

We will begin by hearing from Ms. Brown, the daycare supervisor. We would like to hear about the daycare centre.

**Carlene Brown, Daycare Supervisor, Seabird Island First Nation:** I am the early childhood program supervisor for the Seabird Island Band. I supervise the daycare centre and the preschool program. Our child care centre has a licence for 47 children from the ages of birth to six years old. We have three separate sides: The infant side, which has a licence for 12 children from 0 to 18 months; our toddler side, which has a licence for children from 18 months to 3 years of age; and the 3-to-5 side, which has a licence for 3 year olds to 6 year olds. We have 25 children on that side.

**The Chair:** How many employees do you have?

**Ms. Brown:** We have 12 staff who work with the children as well as a janitor who does our meals and the cleanups for us.

**The Chair:** Do your 12 people take care of the children in every age group or have you specialty care for the younger ones?

**Ms. Brown:** We do have specialty care. Most of our staff is designated per site but they do interchange and mix. They get a chance to work with all the children.

**The Chair:** Have we any questions for Ms. Brown?

**Senator Eaton:** Can the witnesses introduce themselves so that we know who is representing whom?

**The Chair:** I will call them and then they will tell us what they do.

Ms. Suave, would you describe what your role is in the centre and tell us about what you do?

**Cheryl Suave, Staff, Seabird Island First Nation:** I work in the infant program at Seabird Island. I work in different capacities, providing care for newborns up to 3 years of age. Our program is primarily a home-based program. However, we also access community programs such as the daycare centre, making referrals to the daycare centre for families with whom we work. I provide developmental information to families for their children as well. I am also involved with other programs at Seabird Island such as the Head Start Program and the Parent and Tots Program, encouraging and supporting parents to attend this program.

There are many other programs offered at Seabird, for example, kinder music programs. I support and encourage parents to attend these programs. In my position, I also teach infant massage. The massage is important because it helps parents understand attachment and encourages total communication with their babies. I work in many different capacities in trying to encourage parents and support them to access as many programs and, most importantly, the one that we are talking about today, the daycare.

Nous allons commencer par entendre Mme Brown, la directrice de service de garderie. Nous aimerais, madame, que vous nous parliez de votre garderie.

**Carlène Brown, directrice de service de garderie, Bande de Seabird Island :** Je suis la directrice du programme de la petite enfance de la Bande de Seabird Island. Je dirige la garderie et le programme préscolaire. Notre garderie détient un permis l'autorisant à accueillir 47 enfants ayant entre l'âge de la naissance et six ans et répartis en trois sections en fonction de leur âge, soit de 0 à 18 mois, de 18 mois à trois ans et de trois ans à six ans. La première section compte 12 enfants et la dernière 25, dont les plus âgés ont 5 ans.

**Le président :** Combien d'employés avez-vous?

**Mme Brown :** Nous avons 12 employés qui se consacrent aux enfants et un concierge qui s'occupe des repas et du ménage.

**Le président :** Vos 12 employés s'occupent-ils des enfants de tous les groupes d'âge ou certains sont-ils spécialisés pour prendre soin, par exemple, des plus jeunes.

**Mme Brown :** Certains sont spécialisés. La plupart des employés sont affectés à une section précise, mais il leur arrive de changer de place et de se mélanger. Ils ont la possibilité de travailler avec tous les enfants.

**Le président :** Avez-vous des questions à poser à Mme Brown?

**Le sénateur Eaton :** Les témoins peuvent-ils se présenter afin que nous sachions quel organisme chacun d'eux représente?

**Le président :** Lorsque je les inviterai à prendre la parole, chacun d'eux nous dira ce qu'il fait.

Madame Suave, pourriez-vous nous dire quel est votre rôle à la garderie et ce que vous y faites précisément?

**Cheryl Suave, employée, Bande de Seabird Island :** Je travaille au programme des nourrissons de Seabird Island, soit des enfants entre l'âge de la naissance et trois ans, ce qui implique d'assumer plusieurs rôles. Si ce programme nous amène à travailler surtout au domicile des enfants, nous avons aussi recours à des programmes communautaires, comme la garderie, en y adressant les familles avec lesquelles nous travaillons. Je donne également aux familles des précisions sur le développement de leurs enfants et participe aussi à d'autres programmes de Seabird Island comme le Programme d'aide préscolaire et le programme Parent and Tots, en incitant et en aidant les parents à y participer.

Beaucoup d'autres programmes sont offerts à Seabird, par exemple, des programmes de musique pour les petits. J'aide et incite les parents à participer à ces programmes. Dans le cadre de mes fonctions, j'enseigne également le massage des nourrissons. Ces massages sont importants, parce qu'ils aident les parents à réaliser l'affection qu'ils portent à leurs enfants et favorisent des communications complètes avec leurs bébés. Je m'efforce, par diverses façons, d'inciter et d'aider les parents à profiter de nombreux programmes et, plus important encore, de celui dont nous parlons aujourd'hui : la garderie.

**Senator Champagne:** Good afternoon. What kind of training did you receive, Ms. Suave? Where did you obtain it? What prepared you to do this job looking after children and, from what you said, teaching other people around you?

**Ms. Suave:** That is a great question. My education is in early childhood education with special needs and infant and toddler development. I have worked in the field of early childhood education in many different capacities for probably over 20 years, working with babies and toddlers and working in programs with infant-aged children with special needs.

I have been very privileged to work at Seabird Island and to have the opportunity to train. I was able to take training for infant massage through the International Association of Infant Massage. I have been able to teach classes here at Seabird as well as providing one-to-one intervention with families in their homes. I am a mother with two children, so I think that gives me a lot of experience as well.

**The Chair:** Ms. Ludman. You are a parent, right?

**Fallon Ludman, Parent, Seabird Island First Nation:** Yes.

**The Chair:** Would you tell us about your use of the centre and what the centre does for you, and so on?

**Ms. Ludman:** My daughter has been attending since she was about six months old. I came back to work full-time when she was eight months old. I would not be able to work if the daycare was not there because I do not have anyone to watch her. It is a great daycare; she loves it. She cries to go there on weekends. She loves the field trips. You learn things there.

**Senator Eaton:** How old is she?

**Ms. Ludman:** She is three years old right now.

**Senator Eaton:** Has she started to do letters or to look at books?

**Ms. Ludman:** Yes.

**Senator Eaton:** How do you find she compares with children who do not go to the daycare? Have you had a chance to observe that?

**Ms. Ludman:** Yes. She has known the alphabet since she was 18 months old. She also knows all the colours. She is really smart.

**Senator Eaton:** Does the daycare encourage you to do things at home with her, like read to her at night?

**Ms. Ludman:** Yes. I read to her every night. She can recognize certain words and colours.

**Senator Eaton:** What about physical activities? Do they play games that teach her to use her coordination?

**Ms. Ludman:** Yes; all kinds. They do puzzles, games and crafts every day. I get tons of crafts in my cubby everyday.

**Le sénateur Champagne :** Bonjour mesdames et messieurs. Madame Suave, quel type de formation avez-vous suivie et où? Comment vous êtes-vous préparée à prendre ainsi soin des enfants et, comme vous le dites, à l'enseigner autour de vous?

**Mme Suave :** C'est une bonne question. J'ai fait des études en éducation de la petite enfance ayant des besoins spéciaux et en développement des nourrissons et des tout-petits. J'ai consacré probablement plus de vingt ans de ma vie à l'éducation de la petite enfance en assumant diverses fonctions, toujours en m'occupant des bébés et des tout-petits, et en travaillant dans le cadre de programmes destinés aux nourrissons ayant des besoins spéciaux.

J'ai eu beaucoup de chance de travailler à Seabird Island et de pouvoir ainsi suivre diverses formations. C'est ainsi que j'ai pu apprendre à masser les nourrissons grâce à l'Association internationale en massage pour bébés. Cela m'a ensuite permis de donner des cours, ici à Seabird, et d'intervenir en personne aux domiciles de familles. Je suis également mère de deux enfants, ce qui a aussi contribué, je crois, à me donner beaucoup d'expérience.

**Le président :** Madame Ludman, vous êtes mère, n'est-ce pas?

**Fallon Ludman, parent, Bande de Seabird Island :** Oui.

**Le président :** Pouvez-vous nous parler des services de la garderie que vous utilisez, de ce qu'elle vous apporte, et cetera.?

**Mme Ludman :** Ma fille avait environ six mois quand elle a commencé à aller à la garderie. J'ai repris un travail à temps plein quand elle avait huit mois. Je ne pourrais pas travailler sans la garderie parce que je n'aurais personne pour s'occuper d'elle. C'est une excellente garderie. Elle l'adore. Elle pleure pour y aller les fins de semaine. Elle adore les excursions. Elle y apprend des choses.

**Le sénateur Eaton :** Quel âge a-t-elle?

**Mme Ludman :** Elle a trois ans maintenant.

**Le sénateur Eaton :** A-t-elle commencé à écrire ou à s'intéresser aux livres?

**Mme Ludman :** Oui.

**Le sénateur Eaton :** Comment trouvez-vous qu'elle se comporte par rapport aux enfants qui ne vont pas à la garderie? Est-ce quelque chose que vous avez pu observer?

**Mme Ludman :** Oui. Elle connaissait l'alphabet à 18 mois. Elle connaît également le nom de toutes les couleurs. Elle est vraiment intelligente.

**Le sénateur Eaton :** Est-ce que la garderie vous incite à faire des choses avec elle à la maison, comme lui faire la lecture le soir?

**Mme Ludman :** Oui. Je lui fais la lecture tous les soirs. Elle reconnaît certains mots et certaines couleurs.

**Le sénateur Eaton :** Et à propos des activités physiques? Les enfants pratiquent-ils des jeux pour améliorer leur coordination?

**Mme Ludman :** Oui, ils en font de toutes sortes tous les jours : des casse-tête, des jeux et du bricolage. Elle me ramène tous les jours ses bricolages de la journée et j'en ai une tonne à la maison.

**Senator Eaton:** What about parental support? Do you feel you can ask them questions if you are stumped or to get some advice?

**Ms. Ludman:** Yes. They helped me a lot because my daughter had eczema when she was a baby and I had to put six different creams on her every couple of hours.

**Senator Eaton:** They have helped you with medical advice as well?

**Ms. Ludman:** Yes.

**Senator Pépin:** Ms. Suave, you say that you accept new-born babies. When you say "newborn," are they babies that are one month or six months old? When are newborns accepted? At how many months old do you accept them?

**Ms. Brown:** The youngest one we have had at the daycare centre was three months old when she started. That was for medical reasons. It was a mumps situation.

**Senator Pépin:** Is your daycare centre open seven days a week, on weekends or at night? What is its schedule?

**Ms. Brown:** We are open Mondays to Fridays, from 7:30 to 5:30.

**Senator Pépin:** Do you have an after-school daycare centre?

**Ms. Brown:** There is an after-school program here on Seabird Island, as well, which takes children aged 6 to 12.

**Senator Pépin:** That is great.

**Senator Eaton:** May I ask a supplementary carrying on from Senator Pépin's question? When you get newborns, do you have ways of testing them for things like fetal alcohol syndrome, autism or any of the other medical challenges that some newborns face?

**Ms. Brown:** We do use screening tools at the daycare centre. We use the Ages and Stages Questionnaire (ASQs). As staff, if we have any concerns then we would bring in Ms. Sauve's program, because she has more hands-on experience with the more detailed assessment tools.

**Senator Callbeck:** Where is Seabird Island?

**Ms. Brown:** It is located in the Fraser Valley of British Columbia, approximately an hour and a half outside Vancouver.

**Senator Callbeck:** How many children do you have in the daycare centre?

**Ms. Brown:** We are licensed for 47 full-time children.

**Senator Callbeck:** How is the centre financed?

**Ms. Brown:** We have parent fees. Parents who are unable to pay receive subsidy through the ministry. Also, we do get some funding from the Sto:lo Nations Resources Development.

**Le sénateur Eaton :** Et qu'en est-il de l'aide aux parents? Si vous butez sur un problème ou avez besoin de conseils, vous sentez-vous à l'aise pour poser des questions au personnel?

**Mme Ludman :** Oui. Ils m'ont beaucoup aidée parce que ma fille faisait de l'eczéma quand elle était bébé et que je devais lui appliquer six crèmes différentes plusieurs fois par jour.

**Le sénateur Eaton :** Le personnel a donc aussi été en mesure de vous donner des conseils de nature médicale?

**Mme Ludman :** Oui.

**Le sénateur Pépin :** Madame Suave, vous nous avez dit accepter les nouveau-nés. Voulez-vous dire par là que vous acceptez des bébés âgés d'un mois ou de six mois? À quel âge les acceptez-vous? Quel âge doivent-ils avoir?

**Mme Brown :** La plus jeune que nous ayons eue à la garderie avait trois mois quand elle est arrivée. C'était pour des raisons médicales. Elle avait les oreillons.

**Le sénateur Pépin :** Votre garderie est-elle ouverte sept jours par semaine, les fins de semaine, le soir? Quels sont vos horaires?

**Mme Brown :** Nous sommes ouverts du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 17 h 30.

**Le sénateur Pépin :** Assurez-vous un service de garde après l'école?

**Mme Brown :** Il y a un programme de garde après l'école à Seabird Island pour les enfants âgés de six à 12 ans.

**Le sénateur Pépin :** C'est très bien.

**Le sénateur Eaton :** Puis-je poser une question supplémentaire dans le prolongement de celle du sénateur Pépin? Quand vous accueillez des nouveau-nés, disposez-vous de moyens pour vérifier s'ils sont victimes, par exemple, du syndrome de l'alcoolisme fetal, d'autisme ou de tout autre problème de santé touchant certains nouveau-nés?

**Mme Brown :** Oui, nous utilisons des outils de détection, entre autres le Ages and Stages Questionnaire (ASQ). Si le personnel a des doutes particuliers, nous faisons alors appel aux services de Mme Suave qui a une plus grande expérience que nous des outils d'évaluation plus détaillés.

**Le sénateur Callbeck :** Où se trouve Seabird Island?

**Mme Brown :** Seabird Island se trouve dans la vallée du Fraser, en Colombie-Britannique, à environ une heure et demie de route de Vancouver.

**Le sénateur Callbeck :** Combien d'enfants avez-vous à la garderie?

**Mme Brown :** Notre permis nous autorise à en accueillir 47 à temps plein.

**Le sénateur Callbeck :** Comment la garderie est-elle financée?

**Mme Brown :** Nous facturons des frais aux parents. Ceux qui n'en ont pas les moyens reçoivent une subvention du ministère. Nous recevons également des fonds de Sto:lo Nations Resources Development.

**Senator Callbeck:** Ms. Suavé, you mentioned programs for parents. Do you have good attendance at these programs?

**Ms. Suave:** There is often very good attendance. In our community here at Seabird Island, we really need to do a lot of relationship building, for families to feel comfortable and to want to be able to find out and go to the different options that are available to them.

Once that relationship is established, it is often very successful in encouraging them and having them access programs such as the Seabird Island daycare, preschool programs, parent-tots programs, pre- and postnatal programs, massage classes, music programs and different resources in the community such as library programs, et cetera.

**The Chair:** Ms. Nickel, will you tell us how you use the centre?

**Bonnie Nickel, Parent, Seabird Island First Nation:** I have two children, ages four and five years old. They attended the daycare centre since they were each one year old. They started on the toddler side. Both of my children have been part of the supportive health development. They have received speech and other therapy.

The best part about the daycare is it teaches them a lot of empathy for other children, as well, so that, when my children are away from the daycare centre and are in different play areas, they are able to be kind and gentle. They are taught proper manners. As Ms. Ludman mentioned, without the daycare, I would not be able to attend work.

**The Chair:** What do you work at, Ms. Nickel? Do you work from nine o'clock until five o'clock?

**Ms. Nickel:** Yes.

**The Chair:** You do not have to work weekends or nights?

**Ms. Nickel:** No, luckily I have an 8:30 to 4:30 job, Mondays to Fridays.

**Senator Andreychuk:** May I ask what you do?

**Ms. Nickel:** I am a community health rep. I work for Seabird Island but I am located in Chawathil and Skawahlook First Nations.

**Senator Callbeck:** How large is Seabird Island?

**Steven MacKinnon, Technician, Seabird Island First Nation:** One thousand, nine hundred and forty-three hectares. My name is Steven MacKinnon and I am a network engineer.

**Senator Callbeck:** What are those size dimensions, what is the population and so on?

**Mr. MacKinnon:** The island is 5.2 kilometres long by 3.18 kilometres wide. The population is approximately 800 people.

**Le sénateur Callbeck :** Madame Suave, vous avez évoqué les programmes destinés aux parents. La fréquentation de ces programmes est-elle bonne?

**Mme Suave :** Il y a souvent beaucoup de monde à les suivre. Dans notre collectivité de Seabird Island, nous avons vraiment beaucoup de travail à faire pour instaurer des relations, pour que les familles se sentent à l'aise et souhaitent découvrir les diverses solutions qui s'offrent à elles, et les explorer.

Une fois cette relation établie, on réussit très souvent à les inciter à profiter de programmes comme celui de la garderie de Seabird Island, des programmes préscolaires, de programmes pour parents et tout-petits, de programmes prénataux et postnataux, des cours de massage, de musique et de diverses autres ressources disponibles dans la collectivité, comme les programmes de bibliothèque, et cetera.

**Le président :** Madame Nickel, pouvez-vous nous dire comment vous utilisez la garderie?

**Bonnie Nickel, parent, Bande de Seabird Island :** J'ai deux enfants âgés de quatre et cinq ans. Ils vont à la garderie depuis l'âge d'un an. Ils ont commencé dans la section des tout-petits. Tous deux ont profité de services de soutien dans le domaine de la santé. Ils ont suivi des séances d'orthophonie et d'autres thérapies.

Ce que j'apprécie le plus à la garderie est que les enfants y apprennent à faire preuve de beaucoup d'empathie envers les autres enfants, ce qui fait que les miens, quand ils ne sont pas à la garderie et qu'ils jouent ailleurs, sont capables d'être doux et gentils. On leur enseigne les bonnes manières. Comme Mme Ludman, sans la garderie, je ne pourrais pas travailler.

**Le président :** Quel genre de travail faites-vous, madame Nickel? Travaillez-vous de 9 à 5?

**Mme Nickel :** Oui.

**Le président :** Vous n'êtes pas obligée de travailler les fins de semaine ou le soir?

**Mme Nickel :** Non, heureusement pour moi, je travaille de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi.

**Le sénateur Andreychuk :** Puis-je vous demander ce que vous faites?

**Mme Nickel :** Je m'occupe de santé communautaire. Je travaille pour Seabird Island mais dans les Premières nations Chawathil et Skawahlook.

**Le sénateur Callbeck :** Quelle est la superficie de Seabird Island?

**Steven MacKinnon, technicien, Bande de Seabird Island :** Mille neuf cent quarante-trois hectares. Je m'appelle Steven MacKinnon et je suis ingénieur réseau.

**Le sénateur Callbeck :** Quelle est la superficie de l'île? Combien a-t-elle d'habitants, et cetera?

**M. MacKinnon :** L'île mesure à peu près 5.2 kilomètres de long par 3.18 kilomètres de large. Elle compte environ 800 habitants.

**Senator Callbeck:** How far is it to the mainland?

**Mr. MacKinnon:** We say Seabird Island but the island part is a misnomer; we are directly connected to the mainland.

**Senator Callbeck:** I live on Prince Edward Island and we have a link to the mainland but we still consider we are an island.

**Mr. MacKinnon:** True enough. I am a Maritimer so I know what you are talking about.

**Senator Pépin:** If you had a service you would like to improve what would it be? If they were to tell you there is one service that you might like to have, which would it be? What do you require?

**Ms. Brown:** I think we are doing what we can do but mental health services for young children are a big concern for us. Therefore, I would say: More counselling available for younger children.

**Senator Pépin:** Do you have doctors or nurses who are specialized in mental health for children or adults?

**Ms. Brown:** Yes, we do. We have a doctor's clinic at the Seabird offices as well as health nurses on board. We do have counsellors and some mental health professionals.

**Senator Pépin:** Thank you.

**The Chair:** How does your Native culture fit into all of this? Your children are being educated and, Ms. Nickel, one or both of your children has had some speech therapy. Is this all done in English or is it done in a Native language?

**Ms. Nickel:** The speech therapy is done in English but they do have a Halkomelem language that they do learn at the daycare centre.

**The Chair:** What language do you speak at home?

**Ms. Nickel:** We speak English.

**Senator Pépin:** Does everyone speak English at home?

**Ms. Nickel:** The children's father does speak a little bit of Halkomelem.

**Senator Cook:** Thank you for sharing with us today. I heard you say that someone could not be with you today, so are we missing someone that we have not heard because I am counting five people. I have five right here.

**Carolyn Neufeld, Health Director, Seabird Island First Nation:** I am Carolyn Neufeld, the health director. Ms. Beadman could not come at the last minute so I volunteered to sit in should there be any questions.

**Le sénateur Callbeck :** À quelle distance se trouve-t-elle de la terre ferme?

**M. MacKinnon :** Elle porte le nom de Seabird Island mais le nom est trompeur parce que nous sommes reliés directement à la terre ferme.

**Le sénateur Callbeck :** Je vis à l'Île-du-Prince-Édouard et nous avons un lien avec le continent, mais nous nous considérons toujours comme des îliens.

**M. MacKinnon :** C'est bien vrai. Je viens des Maritimes et je sais fort bien de quoi vous parlez.

**Le sénateur Pépin :** Si vous vouliez améliorer un service, quel serait-il? Si on vous disait qu'il y a un service que vous pouvez obtenir, quel serait-il? De quoi avez-vous besoin?

**Mme Brown :** Je crois que nous faisons ce que nous pouvons, mais une question qui nous préoccupe beaucoup est celle des services de santé mentale pour les jeunes enfants. Je souhaiterais donc que nous disposions de plus de services de conseils pour les jeunes enfants.

**Le sénateur Pépin :** Avez-vous des médecins ou des infirmières spécialisés en santé mentale pour les enfants ou pour les adultes?

**Mme Brown :** Oui, il y en a. Nous avons une clinique médicale dans les locaux de Seabird Island, et des infirmières y travaillent. Nous avons des conseillers et certains professionnels en santé mentale.

**Le sénateur Pépin :** Je vous remercie.

**Le président :** Comment votre culture autochtone cadre-t-elle avec tout ceci? Vous veillez, madame, à l'instruction de vos enfants et l'un d'eux ou les deux ont suivi des séances d'orthophonie. Celles-ci se donnent-elles en anglais ou dans une langue autochtone?

**Mme Nickel :** Les séances d'orthophonie se donnent en anglais, mais ils apprennent aussi la langue Halkomelem à la garderie.

**Le président :** Quelle langue parlez-vous à la maison?

**Mme Nickel :** Nous parlons l'anglais.

**Le sénateur Pépin :** Est-ce que tout le monde parle l'anglais à la maison?

**Mme Nickel :** Le père de mes enfants parle un peu l'halkomelem.

**Le sénateur Cook :** Je vous remercie de nous avoir fait part de tout cela aujourd'hui. Je vous ai entendu dire que quelqu'un n'a pu se joindre à vous aujourd'hui. Il manque donc une personne que nous n'entendrons pas puisque vous êtes cinq, si je ne me trompe. C'est bien ça.

**Carolyn Neufeld, directrice de santé, Bande de Seabird Island :** Je m'appelle Carolyn Neufeld, et je suis directrice de santé. Mme Beadman a eu un empêchement de dernière minute et c'est la raison pour laquelle je me suis proposée pour répondre à toute question que vous pourriez avoir.

**Senator Cook:** I come from the Province of Newfoundland, where there is a reserve called Conne River. It is very self-sufficient, if I may say. They have their clinic on the reserve; they have their schools, kindergarten to Grade 12. They are self-sufficient with all the facilities they need for a growing family. They do not need to go elsewhere.

I would like to compare Conne River with how your reservation or your community or your home is structured. My first question is: Do you have a health clinic on site and how is it staffed?

**Ms. Neufeld:** Yes, we do have a health clinic. We have a full dental office with three dentists and full staff. We have two physicians and as a nurse practitioner with a full six-member staff. They are Monday to Friday clinics, though. They are not weekend or emergency services. A one-stop shop is exactly what we wanted here. We wanted families to access everything that was needed within the community so that we could support families throughout the transitions of life.

We are very fortunate; we have high school, elementary school, daycare, preschool, and we just opened our college, and we continue to try to bridge any gaps we find.

**Senator Cook:** The people who bring those skills and staff your community, do they come from within your community or do they come from without?

**Ms. Neufeld:** It is some of both. Our first priority is to try to train up people within Seabird Island. We have just advertised for an LPN program that drew 39 applicants and our daycare centre is a star in that department. We have run two early childhood education programs, with I believe over 30 graduates. As well we have run family child care programs and special needs programs. We are recently training for the responsible adult program. Also, we give opportunities for everyone in Seabird to find a job or an interest or an area, and hopefully bring the training right here so they do not have to go far. Some will stay and some will go other places, but at least they have opportunities.

**Senator Cook:** Are you saying that if they wish to go, you have them ready to go?

**Ms. Neufeld:** Exactly. We believe in the salmon theory: Catch and release. They will come home some day when they are ready.

**Senator Cook:** If you had a wish list, what would you like to be on it, as it pertains to the needs of your community?

**Le sénateur Cook :** Je viens de la province de Terre-Neuve, où il y a une bande indienne du nom de Conne River. Si vous me permettez l'expression, je dirais qu'elle est très autosuffisante. Elle a sa clinique sur la réserve, ses écoles, qui vont de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année. Elle est autosuffisante puisqu'elle dispose de toutes les installations dont peut avoir besoin une famille avec des enfants qui grandissent. Les membres de la bande n'ont pas besoin d'aller ailleurs.

J'aimerais faire la comparaison entre la façon dont Conne River et votre réserve ou votre collectivité sont organisées. Pouvez-vous d'abord me dire si vous avez une clinique médicale sur place et me préciser le personnel dont elle dispose?

**Mme Neufeld :** Oui, nous avons une clinique médicale. Nous avons aussi un cabinet dentaire avec trois dentistes et tout le personnel. Nous avons deux médecins et une infirmière-praticienne, ce qui fait six employés au total. La clinique est ouverte du lundi au vendredi, mais est fermée pendant la fin de semaine et n'offre pas de services d'urgence. Nous voulions effectivement avoir un genre de guichet unique. Nous voulions que les familles aient accès à tout ce dont elles avaient besoin dans la collectivité afin de les aider à franchir toutes les étapes de la vie.

Nous avons beaucoup de chance. Nous avons une école secondaire, une école primaire, une garderie, un centre préscolaire et nous venons tout juste d'ouvrir notre collège, et nous continuons à nous efforcer de combler toutes les lacunes que nous constatons.

**Le sénateur Cook :** Tout ce personnel compétent qui travaille dans votre collectivité en est-il originaire ou vient-il de l'extérieur?

**Mme Neufeld :** Un peu les deux. Notre priorité est d'essayer de former des gens de Seabird Island. Nous venons tout juste de faire de la publicité pour un programme d'infirmières auxiliaires qui a suscité 39 candidatures et notre garderie est une vedette dans ce domaine. Nous avons mis en œuvre deux programmes d'éducation de la petite enfance qui ont permis à plus de 30 personnes d'obtenir leurs diplômes. Nous avons également des programmes de garderie familiale et d'autres pour répondre à des besoins spéciaux. Nous avons récemment donné de la formation dans le cadre d'un programme de responsabilisation des adultes. Nous nous efforçons aussi d'offrir à tous les habitants de Seabird la possibilité de trouver un travail, un centre ou domaine d'intérêt et de leur offrir sur place la formation nécessaire pour qu'ils ne soient pas obligés de partir. Certains restent, d'autres partent, mais ils ont au moins le choix.

**Le sénateur Cook :** Voulez-vous dire que, s'ils veulent partir ailleurs, vous les préparez à le faire?

**Mme Neufeld :** C'est exact. Nous sommes des partisans de la « théorie du saumon ». Ils reviendront un jour, quand ils seront prêts.

**Le sénateur Cook :** Si vous deviez dresser une liste de souhaits, que voudriez-vous y inscrire pour répondre aux besoins de votre collectivité?

**Ms. Neufeld:** One of the biggest things we would like to develop is a centre of excellence in early childhood programs. We want to put all of the services for early childhood under one roof. That means language, maternal-child, supportive child care, daycare, preschool and, if we could, child mental health play therapy. We also wanted to look at the physiotherapy and occupational therapy. We would like an all-in-one centre.

We currently look after 13 other bands here so we have a huge outreach. We have a bus program that operates over a distance of 250 kilometres. We end up getting a lot of referrals and many opportunities to help parents all over. We really would like to build the centre of excellence in training, research and everything else that deals with the Aboriginal experience.

**Senator Cook:** How are you funded? I heard you say that you provide services for other bands. Do they make a contribution? How are your activities funded?

**Ms. Neufeld:** Several different ways. The Ministry of Children and Families provides us with funding for supported child care, including aboriginal infant development programs. The ARDA (Agricultural and Rural Development Agreement) or employment services also supports us at the daycare. There are parent fees and subsidies. Seabird Island band contributes a large portion of any revenues they have from their gas fund towards programs and services here. There is Health Canada, of course, with its Head Start and other programs. INAC also helps fund the preschool because it is a full-day, five days a week preschool. We blend funding to make it all happen.

**Senator Cook:** You are to be commended for that.

Do you have a base of volunteers that help you with the numerous activities and the programs you run on your reserve?

**Ms. Brown:** Our parents are wonderful. They volunteer a lot of time to come on our field trips with us. We do have elders who come into our programs to do activities with us. There are volunteers, yes.

**Ms. Neufeld:** In regard to the volunteers, it is also important to know one key thing about Seabird. We are trying to get a lot of volunteers for sports groups and things like that, because they needed to fundraise. We decided not to cater out or purchase any food outside our sports groups. Now all our sports volunteer groups provide internal catering — supplies and everything else — so them are able to provide sporting events for their own children. That has been very successful.

**Mme Neufeld :** L'une des choses les plus importantes que nous aimerais mettre sur pied serait un centre d'excellence pour les programmes de la petite enfance. Nous voulons regrouper tous les services à la petite enfance sous un même toit. On y trouverait des services d'orthophonie, de santé maternelle et infantile, d'accompagnement des enfants, de garderie, préscolaires et, si possible, de santé mentale pour les enfants et de thérapie par le jeu. Nous voulons également nous intéresser à la physiothérapie et à l'ergothérapie. Nous aimerais tout avoir sur le même toit.

Nous nous occupons actuellement de 13 autres bandes et nous avons donc un rayonnement important. Nous disposons d'un autobus qui nous permet d'offrir des services sur une distance de 250 kilomètres. Beaucoup de gens nous sont adressés et nous avons beaucoup d'occasions d'aider des parents partout. Nous aimerais vraiment être en mesure de construire ce centre d'excellence dans les domaines de la formation et de la recherche, et dans tous les domaines ayant trait à l'expérience autochtone.

**Le sénateur Cook :** Comment êtes-vous financés? Vous nous avez dit offrir des services à d'autres bandes. Vous versent-t-elles des fonds? Comment vos activités sont-elles financées?

**Mme Neufeld :** De diverses façons. Le ministère des Enfants et de la Famille nous verse de fonds au titre de l'aide aux enfants, y compris pour les programmes autochtones de développement du jeune enfant. Nous recevons également des fonds dans le cadre de l'Accord sur l'aménagement rural et le développement agricole ou des services d'emploi. S'y ajoutent les frais facturés aux parents et les subventions. La Bande de Seabird Island verse une partie importante des budgets des programmes et des services à même son fonds de la taxe sur l'essence. Il y a aussi bien évidemment Santé Canada avec son programme d'aide préscolaire, et d'autres programmes. AINC contribue également au financement du centre préscolaire parce que celui-ci est ouvert cinq jours complets pendant la semaine. Ce sont là les sources de financement qui nous permettent de mettre en œuvre nos programmes et nos services.

**Le sénateur Cook :** Il faut vous en féliciter.

Disposez-vous de bénévoles pour vous aider à organiser vos nombreuses activités et les programmes que vous mettez en œuvre sur votre réserve?

**Mme Brown :** Nos parents sont merveilleux. Ils nous font don de beaucoup de leur temps pour participer à nos excursions avec nous. Nous avons également des anciens qui participent avec nous à des activités dans le cadre des divers programmes. Ce sont des bénévoles, oui.

**Mme Neufeld :** En ce qui concerne les bénévoles, il faut savoir une chose importante à propos de Seabird. Nous essayons d'avoir beaucoup de bénévoles pour les groupes sportifs et pour d'autres organismes de même nature parce qu'ils ont besoin de lever des fonds. Nous avons décidé de confier les services de traiteur ou d'achat de nourriture uniquement à nos groupes sportifs. Ces services sont donc maintenant assurés à l'interne par des groupes de bénévoles sportifs — fournitures et tout le reste — ce qui leur permet d'organiser des activités sportives pour leurs propres enfants. Cela a donné d'excellents résultats.

**Senator Cook:** I will ask a final question, and it is a sensitive one. Are drugs a problem amongst your young people?

**Ms. Neufeld:** Drugs are a problem across Canada. I will not say that Seabird has any more or any less than across Canada. We have a low unemployment rate: A lot of our people are employed. A lot of people are very open for counselling and getting help, but they do still struggle with issues, such as dropping out of school. I do not think drug use is any higher than anywhere else.

**Senator Cook:** Thank you for sharing that with me.

**The Chair:** Have we any other questions?

It seems to me you are serving quite a large region. Seabird Island itself is small but you are servicing many people outside. Is that correct?

**Ms. Brown:** Yes.

**Senator Champagne:** Were all of you born on the island or did you come from the mainland?

**Ms. Ludman:** I was born here.

**Senator Champagne:** Who else? Were you born in the Vancouver area or did you come from Eastern Canada?

**Ms. Brown:** I was born and raised in Vancouver.

**Senator Champagne:** What brought you to Seabird Island?

**Ms. Brown:** I was offered the position as the supervisor of the daycare centre so my family and I moved from Vancouver out to Agassiz, which is about five minutes away from Seabird, and I have been here for almost 11 years now.

**Senator Champagne:** How about the other ones that were not born there exactly? Where did you come from and what brought you to Seabird?

**Ms. Suave:** I was born in Calgary, Alberta, and moved to B.C. My husband and I live about 40 minutes from Seabird Island and I commute every day. I absolutely love it here. I cannot fancy being anywhere else. It is an amazing place.

**Ms. Nickel:** I was raised on Vancouver Island, on a little island called Quadra. I moved to Vancouver to attend college and went to Seabird five years ago. I have been here ever since.

**Ms. Neufeld:** I was born in the Queen Charlotte Islands. My great-grandfather was originally a British navy person, who jumped ship and married his Aboriginal wife here. They homesteaded about 10 kilometres down the road, and I grew up maybe 25 kilometres down the road from here and came back about 13 years ago to start work.

**Senator Champagne:** Pardon me for my nosiness, but I wanted to know, if you were not born and bred there, from where you came and what had brought you. So now we even have a "once upon a time" story with the British officer marrying a native woman and there you are. I think you are doing a marvellous job

**Le sénateur Cook :** J'ai une dernière question à vous poser, un peu délicate. Y a-t-il des problèmes de drogue chez vos jeunes?

**Mme Neufeld :** Il y a des problèmes de drogue partout au Canada. Je ne dirais pas qu'il y en a plus ou moins à Seabird qu'ailleurs au Canada. Notre taux de chômage est faible. Beaucoup de nos jeunes travaillent. Beaucoup de gens sont très ouverts pour recevoir des conseils et obtenir de l'aide, mais ils sont encore confrontés à des difficultés, comme l'abandon scolaire. Je ne crois pas que la drogue pose plus de problèmes ici qu'ailleurs.

**Le sénateur Cook :** Je vous remercie de m'avoir fait part de votre point de vue.

**Le président :** Avons-nous d'autres questions?

Il me semble que vous desservez une région assez étendue. Seabird Island elle-même est petite, mais vous desservez beaucoup de gens de l'extérieur. Est-ce exact?

**Mme Brown :** Oui.

**Le sénateur Champagne :** Êtes-vous tous nés sur l'île ou certains viennent-ils de la terre ferme?

**Mme Ludman :** Je suis née ici.

**Le sénateur Champagne :** Qui d'autre? Êtes-vous née dans la région de Vancouver ou venez-vous de l'Est du Canada?

**Mme Brown :** Je suis née et j'ai été élevée à Vancouver.

**Le sénateur Champagne :** Qu'est-ce qui vous a amenée à Seabird Island?

**Mme Brown :** On m'a offert le poste de directrice du service de garderie. Ma famille et moi avons alors déménagé de Vancouver à Agassiz, qui se trouve à environ cinq minutes de Seabird, et cela fait maintenant 11 ans que je suis ici.

**Le sénateur Champagne :** Et qu'est-ce qui a amené là les autres personnes qui n'y sont pas nées? D'où venez-vous et pourquoi avez-vous déménagé à Seabird?

**Mme Suave :** Je suis née à Calgary, en Alberta, et j'ai déménagé en Colombie-Britannique. Mon mari et moi vivons à une quarantaine de minutes de Seabird Island et je fais la route tous les jours. Je m'y plais beaucoup. Je ne peux pas imaginer vivre ailleurs. C'est un endroit extraordinaire.

**Mme Nickel :** J'ai été élevée dans la région de l'île de Vancouver, sur une petite île appelée Quadra. J'ai déménagé à Vancouver pour aller au collège, puis à Seabird, il y a cinq ans. J'y suis restée depuis.

**Mme Neufeld :** Je suis née dans les îles de la Reine Charlotte. Mon grand-père était un marin britannique qui a quitté le bord pour épouser sa femme autochtone à cet endroit-là. Ils vivaient à environ 10 kilomètres d'ici et j'ai grandi à quelque 25 kilomètres de Seabird Island pour y revenir travailler il y a 13 ans.

**Le sénateur Champagne :** Veuillez pardonner ma curiosité, mais je voulais savoir pour ceux d'entre vous qui ne sont pas nés sur place et qui n'y ont pas été élevés, d'où vous veniez et ce qui vous y avait attirés. Nous avons même recueilli une histoire du genre « Il était une fois » avec un marin britannique qui a épouse une

with those children. You might have as a motto: Help thyself and heaven will help you. You are a tangible example of what can be done. I do congratulate you with all my heart.

**The Chair:** Is there anything you would like to ask the senators? Have you any questions for us?

**Ms. Brown:** What exactly is your role?

**The Chair:** We are doing a report on population health aimed at improving the overall health and well-being and productivity of Canadians who are not as healthy as other Canadians, in other words, correcting the health disparities that exist in Canada. A substantial portion of our report is devoted to Aboriginal people. We are just interested in how well you are doing in your area, how well you are satisfied with your facilities and this kind of thing.

We intended to take a road trip out in that area and drop in on you, but we have run out of time. We have to get our report finished up, so we are doing video conferencing instead and are grateful that you took the time to come in and talk with us.

**Senator Pépin:** We were told that women from the native community are very dynamic and involved in their community. Is that the case on your little island? Maybe much more than the men, I do not know.

**Ms. Brown:** Many of the females on Seabird are working in the community. Six daycare staff are community members who went through school here on Seabird, did the program and are now working full-time in the daycare centre.

**Senator Champagne:** Obviously you are a success story and you can be congratulated. Please accept our thanks for talking with us today.

**The Chair:** Thank you all very much. Now back to work.

(The committee adjourned.)

femme autochtone. Et vous voilà ici. Je crois que vous faites un excellent travail avec ces enfants. Vous devez avoir pour devise « Aide-toi et Dieu t'aidera ». Vous êtes un exemple concret de ce qu'il est possible de faire. Je vous félicite de tout mon cœur.

**Le président :** Y a-t-il autre chose que vous aimeriez demander aux sénateurs? Avez-vous des questions pour nous?

**Mme Brown :** Quel est exactement votre rôle?

**Le président :** Nous préparons un rapport sur la santé de la population visant à améliorer la santé, le bien-être et la productivité de tous les Canadiens qui ne sont pas en aussi bonne santé que leurs citoyens. En d'autres termes, il s'agit de corriger les disparités dans le domaine de la santé que l'on constate au Canada. Une partie importante de notre rapport est consacrée aux peuples autochtones. Nous sommes donc désireux de savoir comment les choses se passent dans votre région, dans quelle mesure vous êtes satisfaits de vos installations, et ce genre de choses.

Nous avions l'intention de nous rendre dans cette région et de vous rendre visite, mais nous manquons de temps. Nous devons terminer notre rapport et c'est la raison pour laquelle nous avons plutôt organisé une vidéoconférence et nous vous remercions d'avoir pris le temps de venir et de parler avec nous.

**Le sénateur Pépin :** On nous avait dit que les femmes des collectivités autochtones sont très dynamiques et impliquées dans leurs collectivités. Est-ce le cas sur votre petite île? Peut-être plus que les hommes? Je ne sais pas.

**Mme Brown :** Beaucoup de femmes de Seabird travaillent dans la collectivité. Six membres du personnel de la garderie sont des membres de la collectivité qui ont fait toute leur scolarité ici, à Seabird, qui ont monté le programme et qui travaillent maintenant à temps plein dans la garderie.

**Le sénateur Champagne :** Vous êtes bien évidemment un exemple de réussite, et il faut vous en féliciter. Je vous prie de bien vouloir accepter nos remerciements d'avoir accepté de nous entretenir avec nous aujourd'hui.

**Le président :** Merci beaucoup à tous. Nous allons maintenant reprendre nos travaux.

(La séance est levée.)

*National Association of Friendship Centres:*

Peter Dinsdale, Executive Director.

*aboriginal Nurses Association of Canada:*

Rosella Kinoshameg, President.

**riday, March 27, 2009**

*Canadian Institute for Health Information:*

Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs;

Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative.

*griculture and Agri-Food Canada:*

Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development.

*Health Canada:*

Karen Dodds, Assistant Deputy Minister.

*acia Consulting and Research:*

Michel Frojmovic, Director.

*ntario Agency for Health Protection and Promotion:*

Vivek Goel, President and Chief Executive Officer.

*anadian Institute for Health Information:*

Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative.

*foundland and Labrador Department of Finance:*

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch.

*saskatoon Health Region:*

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer.

*anada Health Infoway Inc:*

Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

*niversity of Manitoba:*

Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy.

*ublic Health Agency of Canada:*

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

*tatistics Canada:*

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician

*eabird Island First Nation:*

Carlene Brown, Daycare Supervisor;

Cheryl Suave, Staff;

Carolyne Neufeld, Health Director;

Fallon Ludman, Parent;

Bonnie Nichel, Parent;

Steven McKinnon, Technician.

*Association nationale des centres d'amitié :*

Peter Dinsdale, directeur exécutif.

*Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :*

Rosella Kinoshameg, présidente.

**Le vendredi 27 mars 2009**

*L'Institut canadien d'information sur la santé :*

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes;

Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne.

*Agriculture et Agroalimentaire Canada :*

Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique.

*Santé Canada :*

Karen Dodds, sous-ministre adjointe.

*Acacia Consulting and Research :*

Michel Frojmovic, directeur.

*Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé :*

Vivek Goel, président-directeur général.

*Institut canadian d'information sur la Santé :*

Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne.

*Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :*

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique.

*Régie régionale de la santé de Saskatoon :*

Dr Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef.

*Inforoute Santé du Canada Inc.*

Mike Sheridan, chef de l'exploitation.

*Université du Manitoba :*

Mark Smith, directeur associé, Centre manitobain de la politique des soins de santé (répertoire).

*Agence de la santé publique du Canada :*

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

*Statistique Canada :*

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint.

*Bande de Seabird Island :*

Carlene Brown, directrice de service de garderie;

Cheryl Suave, employée;

Carolyne Neufeld, directrice de santé;

Fallon Ludman, parent;

Bonnie Nichel, parent;

Steven McKinnon, technicien.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

## WITNESSES

**Thursday, March 26, 2009**

*Health Canada:*

Kathy Langlois, Director, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Catherine Lyons, Director General, First Nations and Inuit Health Branch;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch.

*Indian and Northern Affairs Canada:*

Mary Quinn, Director General, Social Policy and Programs Branch.

*University of Victoria:*

Dr. Jeff Reading, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research (by video conference).

*National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:*

Debbie Dedam-Montour, Executive Director.

*(Continued on previous page)*

## TÉMOINS

**Le jeudi 26 mars 2009**

*Santé Canada :*

Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, santé des Premières nations et des Inuits;

Catherine Lyons, directrice générale, santé des Premières nations et des Inuits;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

*Affaires indiennes et du Nord Canada :*

Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

*Université de Victoria :*

Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones (par vidéoconférence).

*Organisations nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire :*

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive.

*(Suite à la page précédente)*



Available from:  
PWGSC – Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Also available on the Internet: <http://www.parl.gc.ca>

Disponible auprès des:  
TPGSC – Les Editions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Aussi disponible sur internet: <http://www.parl.gc.ca>







